UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES

Année 2014 Thèse N° 124/14

FACTEURS ASSOCIES AU RECOURS NON APPROPRIE AU SERVICE DES URGENCES : ETUDE ANALYTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HASSAN II DE FES

THESE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/ 11/ 2014

Mlle. BELLIRAJ LAYLA
Né le 29 février 1988 à Nador

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Urgences - Consultation non appropriée - Etude transversale

JURY

M. KANJAA NABIL..... PRESIDENT
Professeur d'anesthésie réanimation

M. CHAKOUR KHALID ..... RAPPORTEUR
Professeur d'anatomie

M. MELLAS SOUFANE..... CO-RAPPORTEUR
Professeur d'anatomie

M. CHAOUI EL FAIZ MOHAMMED.....
Professeur de neurochirurgie

Mme. EL RHAZI KARIMA.....
Professeur d'épidemiologie clinique

} JUGES

SOMMAIRE

CHAPITRE I: INTRODUCTION : 7

CHAPITRE II : NOTIONS FONDAMENTALES 10

I. Etat des connaissances 11

1-Historique 11

2-Définition et rappel des concepts 15

2-1- Notion d'urgence 15

2-2- Caractère non approprié ou non urgent d'une consultation au SU 17

2-3-Définition des motifs de recours aux urgences 19

2-4-Définition de la morbidité 19

II. Objet de l'étude 19

III. Les Objectifs de l'étude 20

1-Objectif général 20

2-Objectifs spécifiques 20

CHAPITRE III: PRESENTATION DE L'ETUDE 21

I-Présentation de la région Fès-Boulemane 22

II-Données démographiques : 24

III-Organisation sanitaire 29

1-Le secteur public : 29

1-1-Réseau hospitalier 29

1-2- Réseau de soins de santé de base 30

1-3- Réseau laboratoire 31

2- Secteur Privé.....31

3-Principaux indicateurs de desserte.....32

IV. Le Centre Hospitalier Universitaire Hassan II. 34

1- Les ressources humaines 35

2- Quelques indicateurs hospitaliers 35

V. Service des Urgences du CHU Hassan II :.....37

1- Les locaux 37

2- Le plateau technique: fait de.....38

3-L' équipe soignante : 38

4-Le circuit du patient :.....39

CHAPITRE IV : MATERIELS ET METHODES.....41

I. Stratégie de recherche.....42

II. Matériels et méthodes : 42

1- Type d'étude 42

2- Population d'étude 42

2-1- Critères d'inclusion.....43

2-2- Critères d'exclusion 43

3- Recueil des données 43

3-1- Les informations recueillies 43

3-2- Elaboration des outils de collecte des données 44

4-Définition de la variable dépendante « la consultation appropriée ou non au service des urgences» 45

5-Analyse des données 45

CHAPITRE V : RESULTATS 46

I. Description de l'échantillon 47

1-Caractéristiques sociodémographiques et économiques 47

2- Caractéristiques de la consultation : 50

3-Facteurs organisationnels influençant le recours au service des urgences : ... 54

4-Réputation du CHU et devenir des patients : 55

II. Détermination des facteurs associés à une consultation non appropriée au SU. 58

1-Facteurs sociodémographiques et économiques 58

2- Caractères de la consultation : 60

3-Facteurs organisationnels influençant le recours au service des urgences : ... 62

4-Devenir des patients : 64

CHAPITRE VI : DISCUSSION 65

CHAPITRE VII : RECOMMANDATIONS 73

CHAPITRE VIII : CONCLUSION 77

ANNEXE 85

BIBLIOGRAPHIE 89

Liste des abréviations

BOU : Bloc Opératoire des Urgences

CDTMR : centre de diagnostic de tuberculose et des maladies respiratoires

CHP : Centre Hospitalier Provincial

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRPF : Centre de Référence pour Planification Familiale

CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine

CSC : Centres de Santé Communaux

CSCA : Centre de Santé Communal avec unité d'accouchements

CSCA : centre de santé communal avec unité d'accouchements

C.S.U.A : Centre de Santé Urbain avec module d'Accouchement

DMS : Durée moyenne de séjour

D.R : Dispensaires Ruraux

My Yacoub/MY.Y : Moulay Yacoub

NSE : Niveau socio-économique

SAU : Service d'accueil des urgences

SU : Services des urgences.

ESSB : Etablissement de soins de santé de base.

IAO : Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation

LEHM : laboratoire d'épidémiologie et hygiène du milieu

RAMED : Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis.

RFB : région de Fès-Boulemane

TOM : Taux d'occupation moyenne

UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée

Liste des tableaux :

Tableau N° : Tableau N° 1 : répartition de la RFB 23

Tableau N°2 : Répartition de la population totale par province et par milieu (2013) 24

Tableau N°3 : Densité de la population 25

Tableau N°4 : Répartition de la population rurale par rayon kilométrique (2013) 25

Tableau N°5 : Répartition de la population par sexe 26

Tableau N°6 : Principaux indicateurs démographiques 26

Tableau N°7 : Taux de scolarisation et d'analphabétisme à la région 27

Tableau N°8 : Le réseau hospitalier de la RFB 29

Tableau N°9 : Réseau de soins de santé de base 30

Tableau N°10 : Réseau laboratoire 31

Tableau N°11 : Secteur Privé 31

Tableau N°12 : Principaux indicateurs de desserte 32

Tableau°13 : Quelques indicateurs hospitaliers 35

Tableau N°14 : Répartition des consultants en fonction des tranches d'âge 48

Tableau N°15 : Les données socio-économiques des consultants 49

Tableau N°16 : Résidences des patients 50

Tableau N°17: D'où arrivent nos patients ? 50

Tableau N°18 : Les services d'hospitalisation et les délais de transfert. 57

Tableau N°19 : Pourquoi et où le SU de CHU Hassan II peux référer certains patients ? 58

CHAPITRE I: INTRODUCTION :

L'urgence est toute circonstance médicale aigüe qui, par son apparition brutale ou son évolution rapide, induit ou laisse supposer un risque vital ou pour l'intégrité physique du patient si un traitement n'est pas entrepris rapidement. Porte d'entrée des patients dans le système hospitalier et relai de la phase pré-hospitalière de prise en charge des urgences, le SU (Service des Urgences) est chargé d'accueillir et de procurer les premiers soins à tout patient présentant une urgence médicale ou chirurgicale, réelle ou ressentie. Il évalue les patients puis les stabilise et les oriente vers les services adaptés pour des soins plus spécifiques (1,2).

Depuis plusieurs décennies l'ensemble des structures d'urgence présente une augmentation d'activités : en France plus de 13 millions de patients par an consultent aux urgences hospitalières (le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4,6 %)(3), cet important accroissement est en raison du recours accru des patients consultant pour des motifs dits « non urgents », c'est-à-dire relevant de la médecine générale ou de problèmes sociaux (4-20).

Ce surcroit d'activité «non appropriée» est à l'origine de problèmes organisationnels importants. L'engorgement des services entraîne des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants, notamment par l'allongement des délais d'attente qui peut être préjudiciable à la qualité des soins et avoir des incidences sur le pronostic vital des consultants les plus graves. De ce fait, les médecins aux urgences ont de plus en plus le sentiment de ne pas être en phase avec leurs missions premières, alors même que la médecine d'urgence est devenue une spécialité médicale. Cette évolution de la demande à l'égard des SU résulterait de l'attrait des usagers pour une prise en charge sans rendez-vous, dans

un lieu proposant un plateau technique de haut niveau (4,15, 18, 19, 20, 21, 22,23, 24, 25).

Pour essayer de pallier à ces contraintes et pour une planification éclairée des besoins du service des urgences, nous proposons dans cette étude de caractériser les populations qui ont eu recours à la demande de soins d'urgence et d'éclairer les paramètres qui influencent cette prise de décision à partir du cas du Service des Urgences (SU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Hassan II de Fès.

Le présent travail comporte deux volets :

- Un premier volet est relatif à la formulation de la question d'étude, le cadre conceptuel, la présentation de l'état des connaissances et la méthodologie de recherche ainsi que les instruments de collecte de données.
- Un deuxième volet comporte les résultats de l'étude avec une analyse des données.

Quelques recommandations pour l'amélioration et pour une meilleure gestion de ce service seront proposées à partir des résultats de cette étude.

CHAPITRE II : NOTIONS FONDAMENTALES

I. Etat des connaissances

1-Historique

Auguste Comte disait : " qu'on ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire".

Pour cette raison, nous allons faire un rappel historique sur la prise en charge des urgences.

Depuis l'aube de l'humanité, l'homme s'est préoccupé de l'urgence ou du moins des soins urgents et il faut d'emblée signaler que la guerre a toujours constitué un moteur important des progrès de la médecine d'urgence.

Durant la période préhistorique, faute de documents, on peut penser que la maladie était perçue comme un phénomène étranger à l'individu en rapport avec des causes surnaturelles et que, des pratiques thérapeutiques pragmatiques et élémentaires se sont développées exclusivement destinées à la cure de maux apparents et accessibles, telles que les blessures survenant lors d'affrontements. Sur certains fragments osseux retrouvés on a observé des cals de fracture et même plus récemment sur un crane la marque d'une trépanation.

Durant la civilisation Egyptienne des papyrus Ebers et Edwm Smith respectivement découverts à Louxor et à Thèbes remontant à 2700 avant JC proposaient un éventail de conduite à tenir en situation d'urgence (suture par cautérisation, immobilisation de fractures, potions analgésiantes à base d'opiacés).

A la même période de l'humanité et cette fois en Mésopotamie au XIIe siècle avant JC, le code d'Hammourabi énonce droits et devoirs de la profession de chirurgien et propose une définition de la notion d'urgence.

Durant l'antiquité Gréco-Romaine Hippocrate (460-377 Av JC) qu'avait l'intuition d'une physiopathologie clinique fondée sur les tempéraments humains (Sanguin, bilieux, lymphatiques atrabilaire) définit la notion d'urgence en écrivant:« Il faut parfois agir vite, comme lors des défaillances ou ne peuvent pas couler l'urine, ni sortir les matières fécales ou encore en cas de suffocation et quand les femmes font des fausses couches. Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop différé, il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera le malade pour avoir su en profiter. Il existe ainsi des occasions opportunes dans toutes les maladies ».

Galien (131-201 après JC) qui partage les idées d'Hippocrate propose que "les médecins aient toujours sous la main, leurs appareils et leur trousse pour des soins à donner d'urgence. Il s'agit là de la première trousse d'urgence, encore d'actualité de nos jours.

Dans la civilisation Arabo-musulmane on s'est également préoccupé des urgences. Er-Rhazi (Rhazes 841-926) écrit une encyclopédie médico-chirurgicale dans laquelle il décrit des méthodes de traitement des fractures et d'extraction de flèches.

Ibn Sina (Avicenne 980-1037) décrit la première intubation dans son traité le canon de la médecine.

Rappelons également que les Arabes sont les premiers à encourager l'attitude éthique de bienveillante neutralité vis à vis de l'ennemi blessé, ceci bien avant la naissance de la croix rouge internationale.

Il faut aussi insister particulièrement sur un médecin Ecossais Stephen Bradwell qui des siècles avant Peter Safar et ce en 1633 propose le premier guide de secours d'urgence à l'usage civil des médecins et des profanes.

Le livre intitulé "Helps for Sudden accidents "constitue un essai de catégorisation des accidents et de définition de l'urgence selon le cas observé. Bradwell y traite des envenimations, des empoisonnements, des chutes, des asphyxies par strangulation, par noyade ou par corps étranger, des plaies et des brûlures. Il propose, pour chacun de ces cas, sur la base d'observations empiriques dont certaines ne sont pas dénuées de bon sens, des mesures curatives en insistant également sur la prévention. Ainsi, il préconise un siècle à l'avance, de prendre les noyés par les pieds ou de les faire vomir, de sucer la plaie envenimée en cas de morsure de serpent ou encore de provoquer la toux en cas d'asphyxie par corps étranger. Il achève ses recommandations en soulignant à chaque fois la nécessité d'un relais médical secondaire(20,26).

Cependant, ce n'est qu'à la fin du XVIIIème siècle que la notion d'urgence entre à l'hôpital avec l'urbanisation et l'augmentation des blessés accidentels poussant les pouvoirs publics à faire appel à l'hôpital pour leur prise en charge (27,28). Des nécessiteux, vieillards, impotents ou femmes en couche hébergées par l'hôpital prérévolutionnaire, l'hôpital public se recentre sur les démunis qui, en plus de l'hospitalité, reçoivent des soins médicaux jusqu'en 1945 (29). Durant l'immédiat après-guerre, l'hôpital ouvre ses portes à tous pour soigner plutôt que pour héberger. Dans l'esprit populaire d'alors, l'hôpital public reste synonyme d'affections graves et de mort, « mieux vaut s'en tenir éloigné ». Les services d'urgence se sont construits dans le second tiers du XXème siècle et se sont développés en tant que services publics hospitaliers surtout après 1946. Avec la

création de la Sécurité sociale et la naissance du marché de la santé, la demande de soins en urgence n'a cessé d'augmenter.

Devant cette demande, l'état commence à légiférer la réforme hospitalière (30) obligeant le service public à accueillir toutes les urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 :

« Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier ».

En 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences introduit la notion d'urgence ressentie dans les missions d'accueil du service public hospitalier. La boite de Pandore est ouverte, l'hôpital redevient accessible à tous par la porte des urgences, la population se réapproprie l'hôpital par leur intermédiaire et c'est l'offrande d'un espace qu'ils peuvent diriger, soumis bon gré malgré à leur volonté où la maladie s'exprime selon leurs propres représentations. A la faveur des lois et décrets, la population redéfinit l'utilité des services d'urgence, la charité chrétienne fait place au droit à la santé.

2-Définition et rappel des concepts

2-1- Notion d'urgence

Il est indispensable de définir la notion d'urgence, tant cette notion sous-tende interprétations différentes. Pour le dictionnaire Larousse :

- Urgence: signifie caractère de ce qui est urgent, c'est à dire qui ne peut être différé, qui doit être fait, décidé sans délai.
- Service d'Urgence: Service d'un hôpital où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat.

Pour une hiérarchisation des urgences, d'autres définitions méritent d'être mentionnées ;

- Urgences absolues : dont le traitement ne souffre aucun retard.
- Urgences potentielles: qui nécessitent une surveillance médicale continue.
- Urgences différées: qui peuvent être évacuées vers des lieux mieux équipés et moins précaires.
- Urgences dépassées: pour lesquelles, aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux de l'accident.

La notion d'urgence n'est pas clairement définie pour la population générale (31, 32, 33).En effet, elle fait intervenir une part de subjectivité qui fausse son évaluation et dans ce cas, nous pouvons parler :

- d'urgences vraies: mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
- d'urgences ressenties: états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

En effet, si l'urgence se définit communément par : « ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante » (34,35) chaque acteur impliqué dans la réponse à une demande d'urgence est amené à apprécier cette dernière en fonction de sa propre position d'acteur. « Ce qui ne peut pas attendre » n'est pas de nature similaire selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin « spécialisé » dans l'urgence.

Il existe une disparité entre la définition de l'urgence selon le patient et selon le professionnel (31,36) de santé. L'étude prospective de Gifford en 1980 portant sur 10 253 patients (37) montrait que l'évaluation de l'urgence selon le patient différait de façon significative ($p<0$,005) de celle du médecin. En effet, 44,4% des patients pensaient nécessiter une prise en charge immédiate alors qu'elle ne concernait selon les urgentistes que 9,4% des patients.

Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité ; pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas (30).

Dans le monde médical, l'urgence concerne la nécessité d'une prise de décision rapide concernant le diagnostic et les ressources thérapeutiques mises en œuvre.

The Federal Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act de 1986(EMTALA) (38) a défini l'urgence comme étant une condition médicale se manifestant par des symptômes aigus de sévérité suffisants tels que l'absence d'assistance médicale immédiate pourrait raisonnablement aboutir à : mettre en

danger la vie de l'individu, provoquer des séquelles ou le dysfonctionnement sérieux de n'importe quel organe.

Ainsi, certaines urgences sont dites vitales car sans action immédiate le pronostic vital est posé, d'autres sont dites différées car la pathologie peut être soignée avec délai. Deux notions semblent donc se dégager : le délai et la gravité.

Celles-ci ne sont pas partagées également par le patient. La part de subjectivité se heurte à la notion de risque médical ou de pronostic et à l'individualité. (31)

De nombreuses qualifications ont successivement été créées pour tenter de retracer au mieux les définitions correspondant à chaque acteur. Ainsi, au cours des années on est passé de l'urgence vitale à « l'urgence ressentie » (14,39) pour aujourd'hui en arriver à la notion de « demande de soins non programmés », c'est à dire, le recours spontané des patients à la médecine. Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux acteurs qui y sont impliqués. (34)

2-2- Caractère non approprié ou non urgent d'une consultation au SU

La plupart des professionnels des urgences s'accordent à dire qu'il est difficile de déterminer les critères permettant de définir un recours non approprié au service des urgences.

Tous s'entendent sur la notion du recours approprié, basée essentiellement sur le niveau de gravité de l'état de santé du consultant. En revanche, la notion du recours non approprié est moins consensuelle même si la grande majorité des professionnels l'associe aux pathologies relevant de la médecine ambulatoire.

Les critères les plus utilisés dans la littérature pour définir un recours non approprié au service des urgences sont les suivants : le temps que peut attendre un patient avant de recevoir les prestations, l'évaluation médicale du risque de décès ou de lésions d'un organe, les paramètres vitaux, le niveau de la douleur, la possibilité de survenue de complications, le ressenti d'urgence par le patient, la nécessité d'examen complémentaires ou de traitement par voie parentérale (40). Pour autant, le caractère approprié ou pas dépend de la variabilité de l'offre de soins (semaine/week-end, jour/nuit), le contexte social, le profil des patients etc.

De même, la notion de « non-urgence » n'est pas nécessairement synonyme de celle de non appropriée. Cette notion s'applique assez bien aux recours relevant de la traumatologie qui semblent, pour la plupart des professionnels des SU, tout à fait appropriés bien que leur prise en charge ne présente pas de caractère urgent au sens vital du terme (41)

Plusieurs tentatives ont eu lieu pour développer une méthode ou un outil simple et fiable pour identifier le patient non urgent. Mais l'emploi d'un tel outil peut avoir des conséquences graves s'il est mal calibré. Trop peu sensible, il expose au risque de manquer des pathologies graves ; trop sensible, il ne permet pas de réduire les consultations non urgentes. (42)

Et si certains centres ont estimé avoir réorienté près de 20% des patients hors des urgences de façon sûre (43), la sûreté de ces mêmes critères n'a pas pu être confirmée dans d'autres centres : jusqu'à un tiers des visites classées comme non urgentes par l'outil de réorientation étaient en fait jugées comme urgentes par d'autres (44,45). Ces résultats ne sont pas étonnants si l'on se base sur l'expérience acquise avec les échelles de tri employées par les infirmiers(ères) de tri et d'accueil :

Un outil de tri performant pour une population standard peut sous-estimer dans25% des cas la gravité des plaintes de la population gériatrique aux urgences (46).

2-3-Définition des motifs de recours aux urgences

C'est le processus décisionnel par lequel les patients choisissent de recourir à l'urgence hospitalière plutôt qu'à un autre type de service.

Par processus décisionnel, nous entendons l'ensemble des explications fournies par le patient sur les raisons de sa consultation au niveau des urgences.

2-4-Définition de la morbidité

La morbidité est définie comme étant «l'ensemble des causes qui peuvent produire une maladie» et l'état morbide comme étant «un état pathologique relatif à la maladie». (47)

II. Objet de l'étude

Au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II le nombre de passages au niveau du service des urgences est passé de 73.383 en 2012 à 84.581 en 2013, soit une augmentation de 15%.

Vu ce flux croissant des consultants et les exigences de soins de qualité de plus en plus élevées, une pression accrue pèse sur les ressources du service des urgences déjà exploitées à fond, l'allongement indu du temps d'attente dans ce service, l'utilisation de l'urgence hospitalière pour des problèmes mineurs ou non urgents aurait des conséquences néfastes sur la qualité des soins, notamment en ce qui a trait à la continuité des soins qui y sont prodigués. Ceux-ci risquent en effet d'être incomplets, sans continuité et peu attentifs aux aspects préventifs, entraînant dans certains cas des visites répétitives à l'urgence.

Les gestionnaires locaux sont confrontés à une rareté des données sur le profil épidémiologique des patients des urgences, la structure de morbidité, et les principaux motifs de recours à ce service.

Cette rareté de données sur les consultants au service des urgences du CHU de Fès empêche les décideurs de prendre une décision éclairée et fondée sur les besoins réels de cette unité tout en tenant compte des attentes des utilisateurs dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge des patients nécessitant des soins d'urgence à ce niveau.

C'est la raison pour laquelle nous proposons une étude sur le terrain afin d'étudier les caractéristiques des consultants au service des urgences et leurs principaux motifs de recours pour vérifier l'adéquation entre l'admission au service des urgences et l'état clinique du patient et mieux optimiser les ressources existantes avec la morbidité et les besoins de soins au niveau de cette unité.

III. Les Objectifs de l'étude

1-Objectif général

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs associés au recours approprié ou non au service des urgences du CHU Hassan II de Fès.

2-Objectifs spécifiques

- Etudier le profil épidémiologique des consultants du SU du CHU Hassan II de Fès.
- Décrire les principaux motifs de recours au SU du CHU Hassan II de Fès.
- Analyser les facteurs associés et prédictifs d'une consultation « non appropriée » au SU.

CHAPITRE III: PRESENTATION DE L'ETUDE

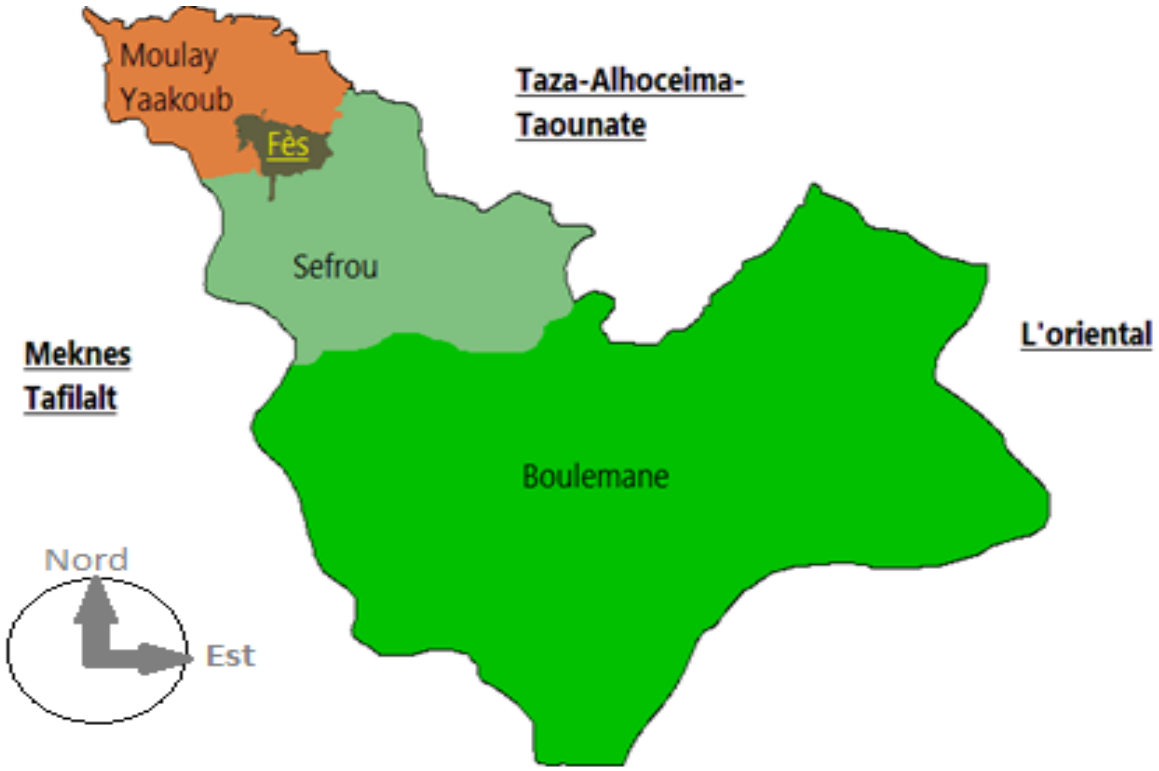
I-Présentation de la région Fès-Boulemane(48,49) :

➢ Historique et limites :

La région de Fès Boulemane a été créée conformément au décret n° 2-79-246 du 12 Rabia II 1418 (17 août 1997) qui fixe le nombre des régions, leur nom, leur chef lieu, leur ressort territorial, etc. Suite à la révision du découpage administratif de 2003 (décret n° 2/05/1369 du 2 décembre 2005), elle est actuellement composée de 3 provinces et 1 préfecture :

- Préfecture de Fès (chef lieu de la région)
- Province de My Yacoub
- Province de Sefrou
- Province de Boulemane

La région de Fès Boulemane qui est située au centre nord du Royaume, est considérée comme un carrefour entre l'est et le nord-est d'une part, et le sud-ouest du Royaume d'autre part. Elle est limitée par les régions : Meknès-Tafilalet au Sud-ouest, Taza-AL Hoceima-Taounate au Nord, l'Oriental à l'Est et au Sud-est et Gharb-Chrarda-Béni Hassen au Nord-Ouest.



➢ La superficie

La région de Fès Boulemane s'étend sur une superficie de 20 435,86 km², répartie entre les provinces de Sefrou (19.62%), Boulemane (70.44%) et My Yacoub (8.32%) et la préfecture de Fès (1.62%). Elle comprend 12 communes urbaines et 48 communes rurales.

Tableau N° 1 : répartition de la RFB

Provinces/Préfecture	Superficie en Km2	Pourcentage (%)
Fès	332.10	1,62
My Yacoub	1 700	8,32
Sefrou	4 008,76	19,62
Boulemane	14 395	70,44
Région FB	20435,86	100

Le relief de la région est constitué essentiellement des collines aux pieds du Rif dans la zone du nord, des montagnes du moyen Atlas, des hautes collines de Missour et des plaines de Saiss.

La région est traversée par 2 importants Oueds (Sebou et Moulouiya). Par ailleurs son sous-sol contient les nappes phréatiques suivantes :

Nappes phréatiques et profonde du Sais, Nappe de causses moyens Atlasique, Nappe du couloir Fès- Taza, Nappe de moyen Atlas plissé.

Certes, ces ressources en eaux sont exploitées pour l'alimentation urbaine et rurale en eau potable, pour usage industriel et pour l'irrigation. Néanmoins, elles demeurent encore insuffisantes à cause de la surexploitation et de la faiblesse des précipitations connue durant la dernière décennie.

II-Données démographiques :

Tableau N°2 : Répartition de la population totale par province et par milieu (2013)

Provinces/Préfecture	Urbain		Rural		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Fès	1134 000	98,69	15 000	1,31	1149 000	100
My Yacoub	3 000	1,78	165 000	98,22	168 000	100
Sefrou	136 000	50,18	135 000	49,82	271 000	100
Boulemane	67 000	33,17	135 000	66,83	202 000	100
Région FB	1341 600	72,26	515 120	27,74	1 790000	100

Tableau N°3 : Densité de la population

Provinces/Préfecture	Superficie en Km2	Densité Habitants/Km2
Fès	332,1	3291,18
My Yacoub	1700	96,47
Sefrou	4008,76	66,85
Boulemane	14395	13,82
Région FB	20435,86	84,36

Tableau N°4 : Répartition de la population rurale par rayon kilométrique (2013) :

Province	Population	- 3 Km		3 - 6 Km		6 - 10 Km		10 Km et +	
		Pop	%	Pop	%	Pop	%	Pop	%
Fès	15 000	4 343	28,95	2 988	19,92	3 522	23,48	4 147	27,65
My Yacoub	165 000	74 250	45	32 340	19,6	33 660	20,4	24 750	15
Sefrou	135 000	48 883	36,21	20 138	14,92	30 709	22,75	35 270	26,13
Boulemane	135 000	76 950	57	20 250	15	16 200	12	21 600	16
Région	450 000	204 426	45,43	75 716	16,82	84 091	18,69	85 767	19,06

Tableau N°5 : Répartition de la population par sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Fès	582 543	566 457	1149 000
Myyacoub	85 176	82 824	168 000
Sefrou	131 760	139 240	271 000
Boulemane	102 414	99 586	202 000
Région	907 530	882 470	1 790 000

Tableau N°6 : Principaux indicateurs démographiques

Provinces/ Préfecture	Taux d'accroissement (%)			Indice synthétique de fécondité			Taux d'urbanisation
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	
Fès	2.1	0.82	2.1	2.2	2.9	2.3	98.54
My Yacoub	1.5	1.7	1.7	2.2	3.4	3.4	1.83
Sefrou	-	-	0.9	-	-	-	48.88
Boulemane	-	-	14	-	-	-	32.16
Région	-	-	1.8	2.2	3	2.4	73.90

Tableau N°7 : Taux de scolarisation et d'analphabétisme à la région

Provinces/ Préfecture	Taux de scolarisation			Taux d'analphabétisme		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Fès	87.9%	87.8%	87.9%	23.2%	43.6%	33.6%
My Yacoub	78.41 %	64.39 %	71.45 %	47.6 %	77.7 %	62.5 %
Sefrou	93%	77%	85%	32.4%	58.6%	46%
Boulemane	67%	48%	57%	36 ,5%	67,2%	52,4%
Région Fès-Boulemane	-	-	81,7%	-	-	40,4%

- **L'eau potable :**

Le taux d'accès de la population à l'eau potable dans la Région Fès-Boulemane est comme suit :

- La population urbaine est alimentée à 100%
- La population rurale est alimentée à 68% (la Direction Générale de l'Hydraulique, 2002).

- **L'électrification**

- Fés : 100%
- Boulemane : 98%
- Sefrou : 96%
- My Yaacoub> 90%

- **Réseau d'assainissement**

La Région de Fès Boulemane présente des déficits notables en ce qui concerne l'évacuation et l'épuration des eaux usées d'origine urbaine. Le taux moyen de raccordement de la population à un réseau collectif d'assainissement est de 64%. Le déficit d'équipement est plus important que la moyenne nationale ce qui place la région parmi les moins équipées du pays.

III-Organisation sanitaire

1-Le secteur public :

1-1-Réseau hospitalier

Le réseau hospitalier de la région de Fès-Boulemane(RFB) est décris comme suit :

Tableau N°8 : Le réseau hospitalier de la RFB

Provinces	Hôpitaux	Capacité litière fonctionnelle
Fès	Centre hospitalier universitaire	812
	Hôpital Ibn Al Khatib	334
	Hôpital ibn Al baitar	44
	Hôpital Al Ghassani	172
My yaacoub		
Sefrou	Hôpital Med V	111
Boulemane	Hôpital la Marche Verte	80
	Hôpital Ahmed ben Driss El Missouri	28

1-2- Réseau de soins de santé de base(Tableau N°9) :

Provinces	C.S.U	CRPF	CRSR	CSCA	CDTMR	CSC	D.R	Nombre de générateurs d'hémodialyse
Fès	34 (dont 02 CSUA)	01	00	01	02	02	01	26
My yaacoub	01 (CSUA)	00	00	07	00	03	12	0
Sefrou	08 (dont 04 CSUA)	00	01	06	01	12	06	22
Boulemane	04 (dont 02 CSUA)	00	00	06	01	11	19	10
Total	47	01	01	20	04	28	38	58

1-3- Réseau laboratoire (Tableau N°10)

Province Préfecture	Laboratoire d'analyses	CRTS	LEHM	Laboratoire tuberculose	Centre de transfusion
Fès	03	01 régional	01	04	1
My Yacoub					0
Sefrou	01		01	01	0
Boulemane			01		0
Région	04	01	03	05	1

2- Secteur Privé (Tableau N°11)

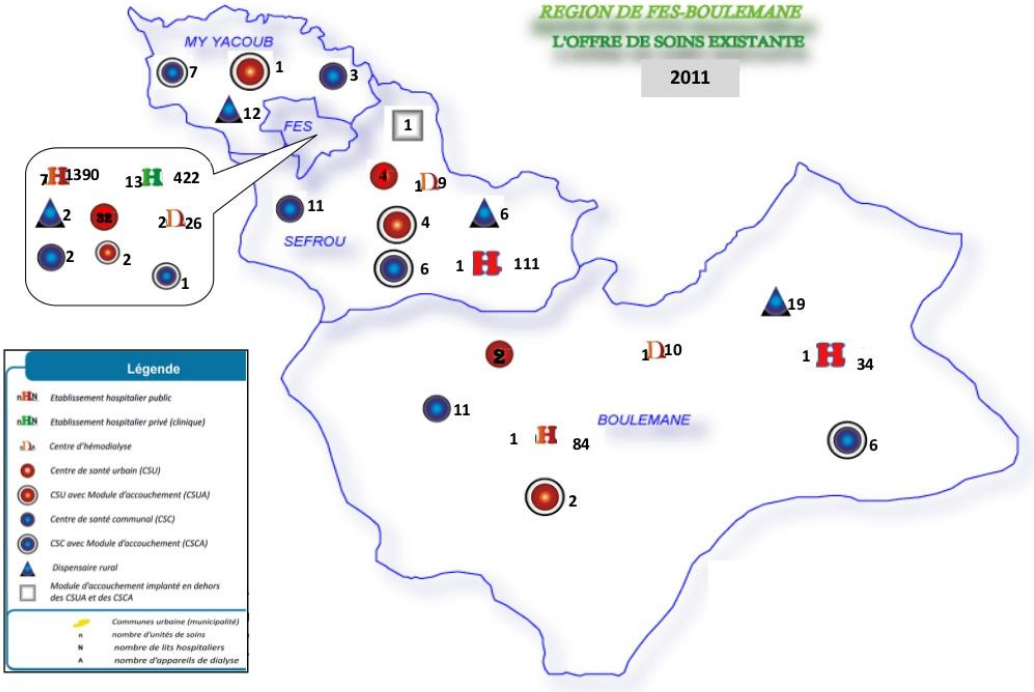
Catégorie	Fès	My Yacoub	Sefrou	Boulemane	Total
Cliniques	17 (chirurgie)	-	-	-	17
Cabinets médicaux	396	-	22	06	424
Cabinets dentaires	160	-	05	01	166
Laboratoires médicaux	08	-	02	-	10
Cabinets radiologiques	13	-	01	-	14
Pharmacies et Dépôts de pharmacies	379	18	60 (officine pharmaceutique)	19	476
Centre d'hémodialyse	04(180 lits)	-	-	-	04

3-Principaux indicateurs de desserte (Tableau N°12)

indicateurs	Fès	MY Y	Sefrou	Boulemane	régional	National
Habitants par pharmacie ou dépôt de médicament	3036	12889	4393	11111	3924	3850
Habitant par médecin privé	3123	******	12762	28571	4743	4057
Habitants par chirurgien dentiste	6831	******	53600	100.000	10736	8323
Habitants par lit d'hospitalisation (à but lucratif + à but non lucratif)	2590				4249	
Habitants par laboratoire médical privé	156143		13400		199222	
Habitants par cabinet de radiologie	9108		268000		173923	
Habitants par clinique privée	72866				119533	

Tableau 12 bis : Principaux indicateurs de desserte (Suite)

	Fès	MY.Y	Sefrou	Boulemane	régional	national
*Habitants par ESSB :						
Urbain	316766	4600	16375	16000	27162	24729
Rural	4000	10336	5956	4000	6222	6949
Ensemble	28763	10087	8645	5263	13392	11970
*Habitants par médecin de SSB	8343	11600	8645	7692	8611	9209
*Habitants par infirmier de SSB	3607	3013	2127	1818	2911	3264
Habitants par lit d'hospitalisation des 2 secteurs	617	*****	2414	1681	890	*****



IV. Le Centre Hospitalier Universitaire Hassan II(50).

Les travaux de construction du CHU Hassan II de Fès ont démarré fin novembre 2001 et c'est en janvier 2009 que le nouveau complexe hospitalier a été inauguré par SM le Roi Mohammed VI. Cet édifice sanitaire, prévu pour répondre aux besoins de plus de quatre millions d'habitants (Régions Fès Boulemane, Meknès-Tafilalet et Taza-Al Hoceima-Taounate), a pour objectif d'améliorer le taux de couverture médicale de cette population et de décongestionner les structures sanitaires déjà existantes dans ces régions.
Il s'étend sur une surface totale de 12 ha, dont 78 102 m2 est couverte. Il composé d' :

- Un hôpital de spécialité avec capacité litière de 484 lits
- Un hôpital mère enfant avec capacité litière de 193 lits

- Un hôpital d'oncologie et de médecine nucléaire, avec capacité litière de 20 lits
- Un laboratoire central d'analyses médicales
- Un centre de consultations externes.
- L'hôpital Omar Idrissi avec capacité litière de 47 lits
- L'hôpital Ibn Al Hassan avec capacité litière de 68 lits

1- Les ressources humaines

L'effectif du personnel du CHU Hassan II de Fès se caractérise comme suit :

- Personnel médical : 712
- Personnel paramédical : 994
- Corps administratif : 235

2- Quelques indicateurs hospitaliers(Tableau°13)(51)

Indicateurs	2013	2012	Evolution(%)
Capacité litière fonctionnelle	793	785	1
Admissions	30318	29551	3
Journées d'hospitalisation	230567	231213	0
TOM	80%	81%	
DMS	7.6	7.8	
Interventions chirurgicales	19577	20053	-2
Interventions programmées	11809	12232	-3

Interventions en urgences	7768	7821	-1
Nombres de passage aux urgences	84581	73383	15
Soins paramédicaux	89239	47163	89
Radiologie standard	87270	71224	23
Echographie	10685	9474	13
Mammographie	1734	951	82
Scanner	10540	13927	-24
IRM	3583	3954	-9
Explorations fonctionnelles	61532	52637	17
Examens de laboratoire	945465	1000680	-6
Consultation spécialisée	62314	80859	-23
Décès intra-hospitaliers	1057	961	10

V. Service des Urgences du CHU Hassan II :

Situé au niveau du rez-de-chaussée du bâtiment C (C0), constitué de quatre parties : trois au niveau de C0 qui sont : pré-urgences, urgences, bloc opératoire des urgences, et la quatrième partie est une unité d'hospitalisation situé au rez-de-chaussée du bâtiment B(B0).

Le service des urgences reçoit :

- Patients référés.
- Tout venant.
- Patients ramassés par les sapeurs pompiers.
- Patients des autres services (déchoquage).
- Patients en retour du bloc opératoire des urgences.

1- Les locaux

a-Pré-urgences: comporte :

- Un hall.
- Une salle d'attente.
- Un bureau des entrées et facturation des urgences.
- Une salle de consultation « froide » ou « triage ».
- 4 salles de repos pour les internes.
- 4 salles de repos.

b- Les urgences: comporte :

- Un bureau de la secrétaire.
- Un « Poste de police ».
- Un bureau de l'Infirmier Chef.

- Une salle de repos des médecins.
- Une salle de repos des infirmiers.
- Deux salles d'attente.
- Deux salles de consultation.
- Une salle des soins.
- Une salle des injections et bilans.
- Une salle de consultation de traumatologie et plâtre.
- Une salle de déchoquage.
- Une salle d'observation.
- Une Pharmacie / Salle d'ECG.

c-L'unité d'hospitalisation B0 : avec 28 lits.

2- Le plateau technique: fait de

- Une salle d'échographie
- Une salle de radiographie standard.
- Une salle de scanner (en construction)
- Une salle d'endoscopie digestive.
- Le bloc opératoire des urgences: avec
- Une salle septique.
- Deux salles opératoires.
- Une salle de réveil.

3-L' équipe soignante :

a-Médecins:

- Chef du service.
- 1 Professeur Assistant.

- Un nombre variable d'internes fixes.
- Un nombre variable Internes assurant la garde de nuit.
- Toutes les équipes spécialisées faisant la garde résidentielle ou d'astreinte.

b-L'équipe paramédicale :

1-b- Les infirmiers :

Le service des urgences contient 49 infirmiers dont 24 sont affecté au bloc opératoire.

2-b - Les techniciens de radiologie : sont au nombre de 6 font des garde de jour et de nuit.

3-b- Aides-soignant(e)s : au nombre de 6.

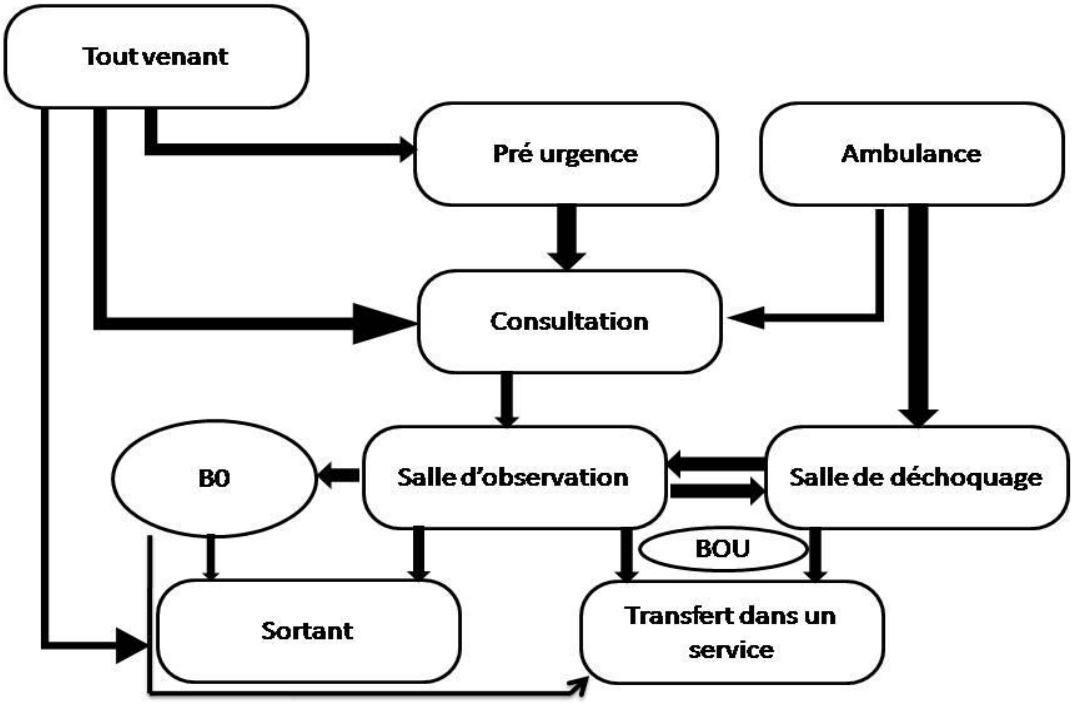
c-L'équipe administrative :

Faite de 6 secrétaires et 6 fonctionnaires à l'unité de facturation.

4-Le circuit du patient :

Le SU de CHU Hassan II de Fès gère les urgences médico-chirurgicales sauf les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales.

Une fois le patient arrivé, il est orienté soit vers la pré-urgence soit vers le SU comme le montre le schéma suivant :


Tout venant
Pré urgence
Ambulance
Consultation
B0
Salle d'observation
Salle de déchoquage
BOU
Sortant
Transfert dans un service

CHAPITRE IV

MATERIELS ET METHODES

I. Stratégie de recherche

Les attitudes et comportements des patients qui consultent au service des urgences restent à ce jour peu explorés. En effet, peu d'études ont cherché à expliquer et à comprendre les motifs qui incitent les patients à consulter préférentiellement les structures d'urgences. Pour tenter d'éclairer ce phénomène, il est important d'appréhender le comportement du patient dans le cadre plus global de la gestion de son état de santé. Ce travail présente une enquête auprès d'un échantillon de patients, avec comme objectifs de caractériser les populations qui ont eu recours à la demande de soins d'urgence et d'éclairer les paramètres qui influencent cette prise de décision.

II. Matériels et méthodes :

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au niveau du service des urgences du CHU Hassan II de Fès auprès des patients de ce service.

2- Population d'étude

Notre étude a porté sur un échantillon de 780 patients ayant consulté au service des urgences du CHU Hassan II de Fès, à différentes heures de la journée, y compris la nuit et les week-ends, pendant une période de 20 jours allant du 1 er au 20 juillet 2012, correspondant aux différentes plages d'activité du service.

2-1- Critères d'inclusion

Tout patient se présentant au service des urgences CHU Hassan II de Fès durant la période d'étude était susceptible d'être inclus dans notre étude. Le recueil des données est fait selon un consentement libre et éclairé. Les patients étaient informés que le questionnaire était anonyme et qu'ils pouvaient refuser d'être interrogés.

2-2- Critères d'exclusion

Parmi l'ensemble des patients admis, nous avons fixé comme critères d'exclusion :

- Sujets en état d'ivresse.
- Sujets atteints d'une affection psychiatrique altérant le jugement.
- Questionnaire incomplet
- Sujets présentant un retard mental et non accompagnés.
- Sujets refusant de participer à l'étude.

3- Recueil des données

3-1- Les informations recueillies

Les informations utiles pour répondre aux objectifs fixés ont porté sur les thématiques suivantes :

- Caractéristiques démographiques des patients du service des urgences : âge, sexe, niveau d'instruction ;
- Caractéristiques socio-économiques : appréciation du niveau économique (couverture sociale, professions) ;
- Caractéristiques du motif de consultation ;

- Le niveau ou la structure de références des patients au service des urgences si applicable ;
- Description des principaux motifs de recours au service des urgences ;
- Description des types de sortie (sortant, hospitalisé, référé, décédé).

3-2- Elaboration des outils de collecte des données

Nous avons procédé à l'élaboration d'un questionnaire (annexe) pour nous aider à atteindre les objectifs que nous avons fixés pour notre étude.

L'élaboration de ce dernier est passée par les étapes suivantes :

- Choix des objectifs et les informations à rechercher ;
- Recherche bibliographique sur les facteurs associés à la consultation non appropriée au service des urgences ;
- Elaboration des indicateurs et des items, développement des variables et rédaction du questionnaire.
- Etude pilote ;
- Mise au point final du questionnaire et définition de son mode d'emploi.

Suite à l'admission et après la consultation médicale, le questionnaire a été administré en face-à-face par un médecin interne, auprès de chaque patient répondant aux critères d'inclusion.

4-Définition de la variable dépendante « la consultation appropriée ou non au service des urgences»

Dans notre étude, nous avons défini une consultation non appropriée en se basant sur les critères suivant :

- Nature de morbidité : Une consultation pour un traumatisme récent a été d'emblée considérée comme appropriée, puisque le service des urgences dans notre contexte marocain est la seule structure de soins de santé publique qui accueille les pathologies traumatiques. Pour les autres pathologies, on s'est basé sur les autres critères comme l'ancienneté des symptômes, leur gravité, le moment de la consultation etc.
- Evaluation du médecin des urgences : toute consultation évaluée comme urgente, est une consultation appropriée (20).

Dans notre étude, on a adopté une consultation appropriée, toute consultation dont le début de la symptomatologie ne dépasse pas 24 h et jugée urgente par le médecin de garde. Et donc toute consultation qui ne répond pas à cette définition est jugée non appropriée.

5-Analyse des données

Les données ont été saisies sur un fichier Excel et analysées sur le logiciel Epi Info 3.5.1. On a calculé les moyennes pour les variables quantitatives et les pourcentages pour les variables qualitatives. On a utilisé le test de chi 2 pour la comparaison entre deux pourcentages, un seuil de signification $p<0,05$ a été pris en compte.

CHAPITRE V : RESULTATS

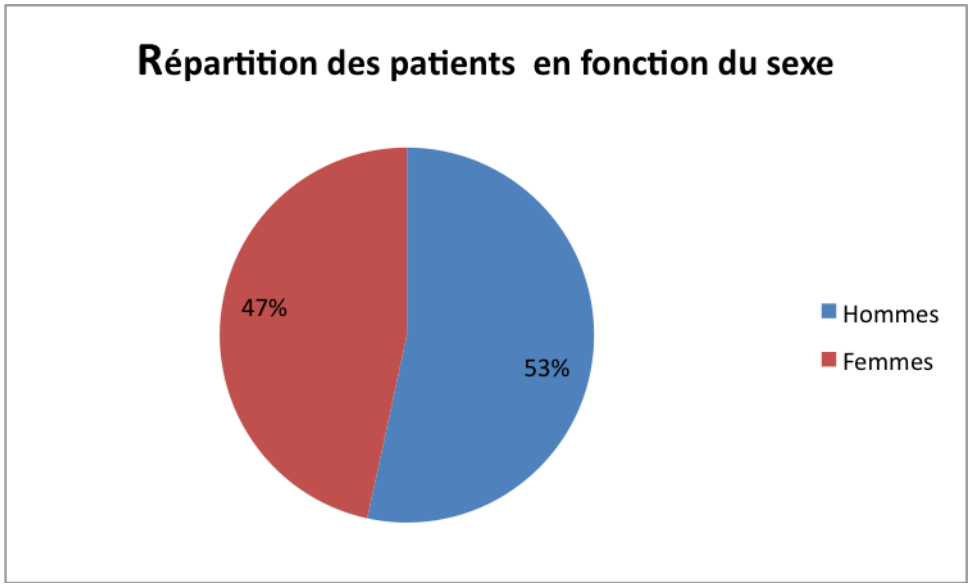
I. Description de l'échantillon

Les sujets de l'étude ont été recrutés au service des urgences du CHU Hassan II de Fès. Le nombre total de l'échantillon était de 800, après l'élimination de copies non exploitables, l'échantillon définitif était de 780.

1-Caractéristiques sociodémographiques et économiques

a-Sexe

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il y'a une légère prédominance masculine parmi les consultants du SU avec un pourcentage de 53,4% pour le sexe masculin.



b- L'âge et autonomie :

Notre étude a montré que 82.7% des consultants sont âgés de moins de 69 ans, avec une moyenne d'âge de 46,52± 18.81 ans avec une étendue allant de 16 à 100 ans.

Tableau N°14 : Répartition des consultants en fonction des tranches d'âge :

Les tranches d'âge	%
15-20 ans	4,7
21-29 ans	17,5
30-49 ans	30,8
50-69 ans	27
70-89 ans	16,9
plus de 90 ans	0,4

On note également que seulement 15.1% de nos patients sont des personnes non autonomes, amenés par une tierce personne.

c- Statut matrimonial :

On note que 63.6% des consultants sont mariés alors que 25.4% sont célibataires.

d- Profession, niveau socio-économique (NSE) et couverture sociale :

Notre étude a montré que 62.9% des consultants sont sans profession versus 34.2% des sujets actifs et 2.9% des retraités, avec NSE qui est bas chez 72.3%, moyen chez 27% et élevé uniquement chez 0.6% ce nos patients.

On note également que 62.5% de nos patients n'ont aucune couverture sociale, versus 37.5% entre RAMED (18.8%) et autres mutuelles (18.7%)

Tableau N°15 : Les données socio-économiques des consultants:

Paramètres		Pourcentage(%)
Profession	Sans profession	62.9
	Actifs	34.2
	Retraités	2.9
Niveau socio-économique	BAS	72.3
	Moyen	27
	Elevé	0.6
Couverture sociale(CS)	Pas de CS	62.5
	RAMED	18.8
	Mutuelle *	18.7

*Tout type confondu

e- le milieu de résidence :

Une proportion de 70.2% des consultants de service des urgences adulte de CHU Hassan II provient de la zone urbaine de la province de Fès, alors que seulement 19,4% provient de la zone rurale.

Tableau N°16 : Résidences des patients

Milieu de résidence	%
Urbain	70.2
Suburbain	10,4
Rural	19,4

2- Caractéristiques de la consultation :

a- Niveau de référence

Notre étude a révélé que 43,2% des consultants s'autoréférent au service des urgences, 22,4% sont référés par un autre établissement public, 12,4% sont référés du secteur privé, alors que seulement 4,1% sont référés d'ESSB.

Tableau N°17: D'où arrivent nos patients ?

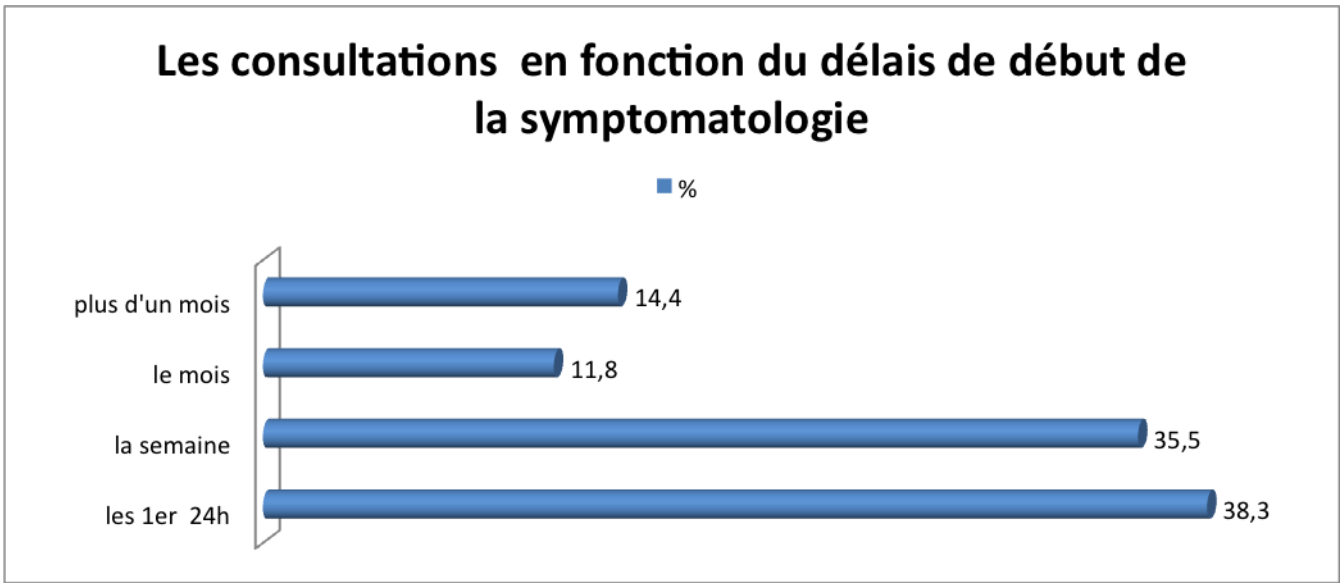
Référé	%
ESSB	4,1
Privé	12,4
Sans référence	52,2
Pompiers	8,9
Autres établissements publiques	22,4

b- Habitudes de consultation au service des urgences :

Notre étude a montré que 14,2 % des consultants ont l'habitude de consulter au SU versus 85,8% des consultants qui ne l'ont pas.

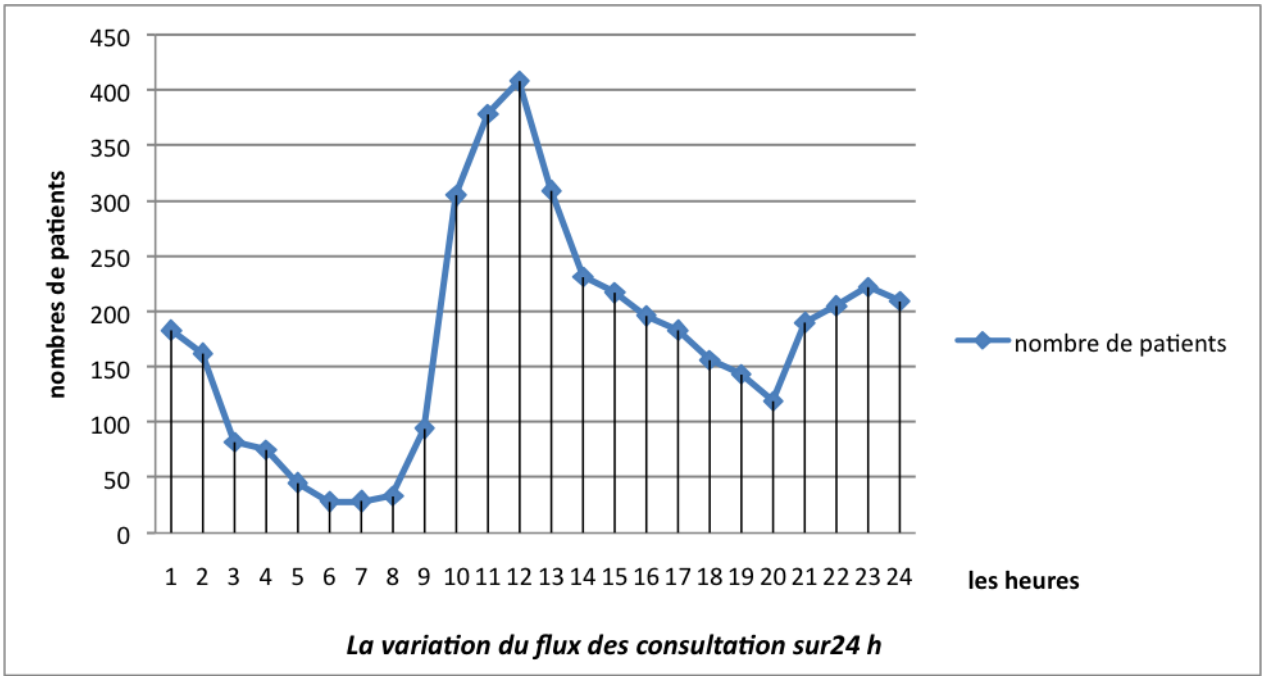
c- Début de la symptomatologie :

Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation au service des urgences est variable d'une personne à autre, 38.3 % consultent des les premières 24h, 35,5% consultent dans la semaine, 11,8% consultent dans le mois et 14,4% consultent dans un délai supérieur à un mois.



d-Heure et jour de consultation :

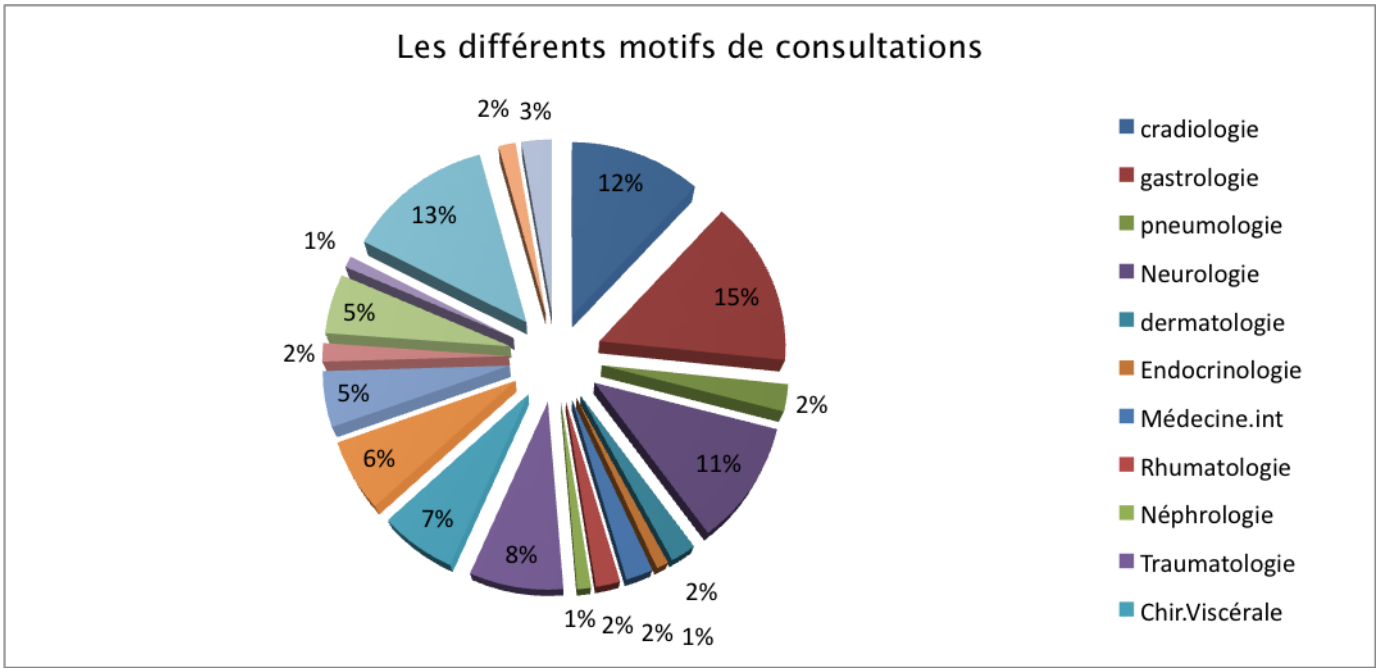
Durant la période de l'étude, 4193 patients consultent au niveau du SU, dont 30% consultent le week-end versus 70% consultent les autres jours de semaine, à un flux variable d'une heure à l'autre, avec une moyenne de 27 patients/heure pendant les jours de semaines versus 26 patients par heure pendant les week-end.



La variation du flux des consultation sur24 h

e-Type de symptomatologie :

Durant la période de l'étude, les motifs ramenant les patients à consulter sont variables comme le montre le graphique suivant :



f-Circuit du malade avant d'arriver au service des urgences :

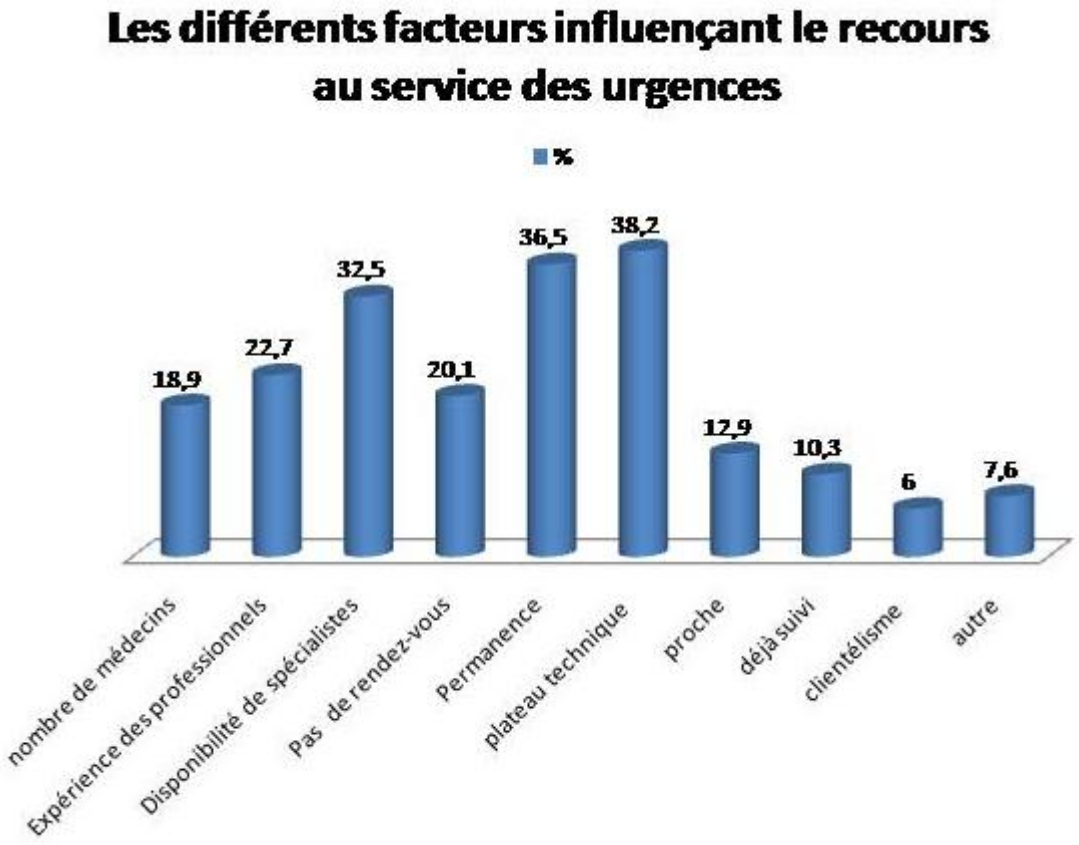
Avant de consulter au sein de service des urgences adulte du CHU Hassan II de Fès, seulement 37.2% des consultants ont déjà vu un médecin auparavant , versus 62,8% chez qui le premier contact avec le médecin a eu lieu au sein du services des urgences.

g-L' évaluation du médecin :

Le nombre de consultation jugée urgente au moment de notre étude est de 58.2% versus 41.8% non urgente.

3-Facteurs organisationnels influençant le recours au service des urgences :

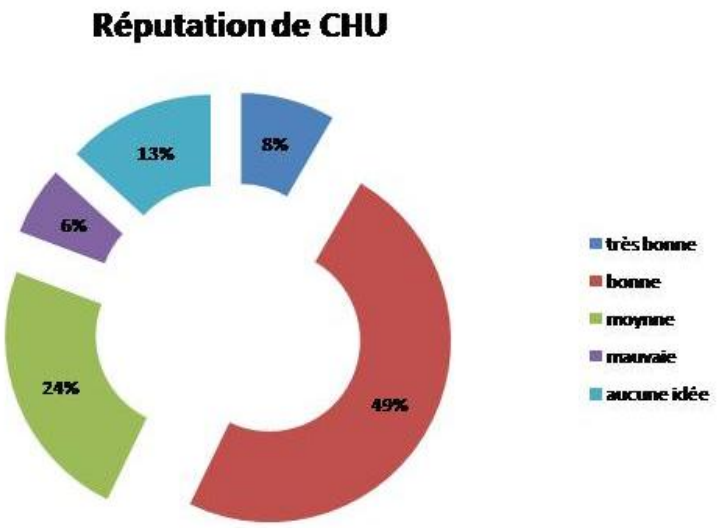
Ceux-ci sont variables, dominés par le plateau technique disponible, la permanence, et la disponibilité des spécialistes, avec un pourcentage de 12,9% des patients qui habitaient prés du CHU et 6% des consultants par clientélisme.



4-Réputation du CHU et devenir des patients :

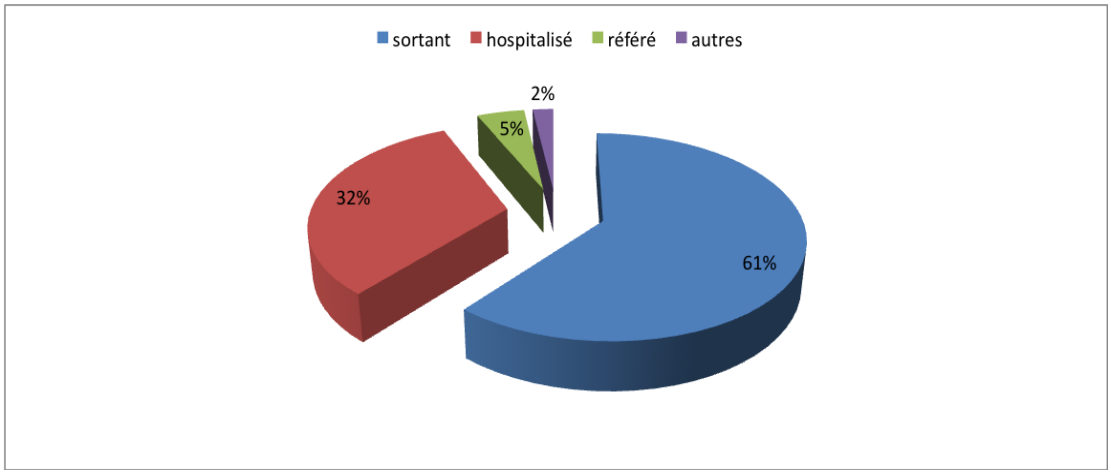
a-La réputation du CHU Hassan II :

Est variable de très bonne à mauvaise comme le montre le graphique suivante :



b-Devenir du patient :

Après avoir consulté au sein du SU, le devenir des patients est variable d'un patient à un autre, comme le montre le graphique suivant :



- Les services d'hospitalisation et les délais de transferts : Parmi 243 hospitalisations, on a pu suivre 144 patients soit 60% des consultants, chez qui la durée moyenne du séjour aux urgences avant transfert au service d'hospitalisation est de 1.66 jours.
- Les services d'hospitalisation et les délais de transfert sont précisés dans le tableau (N°18) suivant :

service	nombre d'hospitalisation	Délai minimal de transfert en jour	Délai maximal de transfert en jour
Cardiologie	19	Moins de 1	3
Gastrologie	21	Moins de 1	5
Pneumologie	6	Moins de 1	1
Médecine interne	4	Moins de 1	6
Neurologie	4	Moins de 1	12
Réanimation	8	Moins de 1	9
Néphrologie	2	1	1
Endocrinologie	1	Moins de 1	Moins de 1
Chirurgie viscérale	24	1	11
Chirurgie vasculaire	3	1	3
Traumatologie	6	Moins de 1	3
Neurochirurgie	9	Moins de 1	5
ORL	2	Moins de 1	1
Urologie	8	Moins de 1	20
Urgences	27	Moins de 1	7

Tableau N°19 : Pourquoi et où le SU de CHU Hassan II peux référer certains patients ?

structure	cause	nombre
CHP EL Ghassani	transfusion	1
	manque de places	2
CHP Ibn Alkhatib	manque de places	2
	diagnostic de TB	2
Urgences gynéco	spécialiste	4
Urgences ORL Omar Idrisi	spécialiste	5
Urgences Ophtalmo Omar Idrisi	spécialiste	2
Indéterminés		17

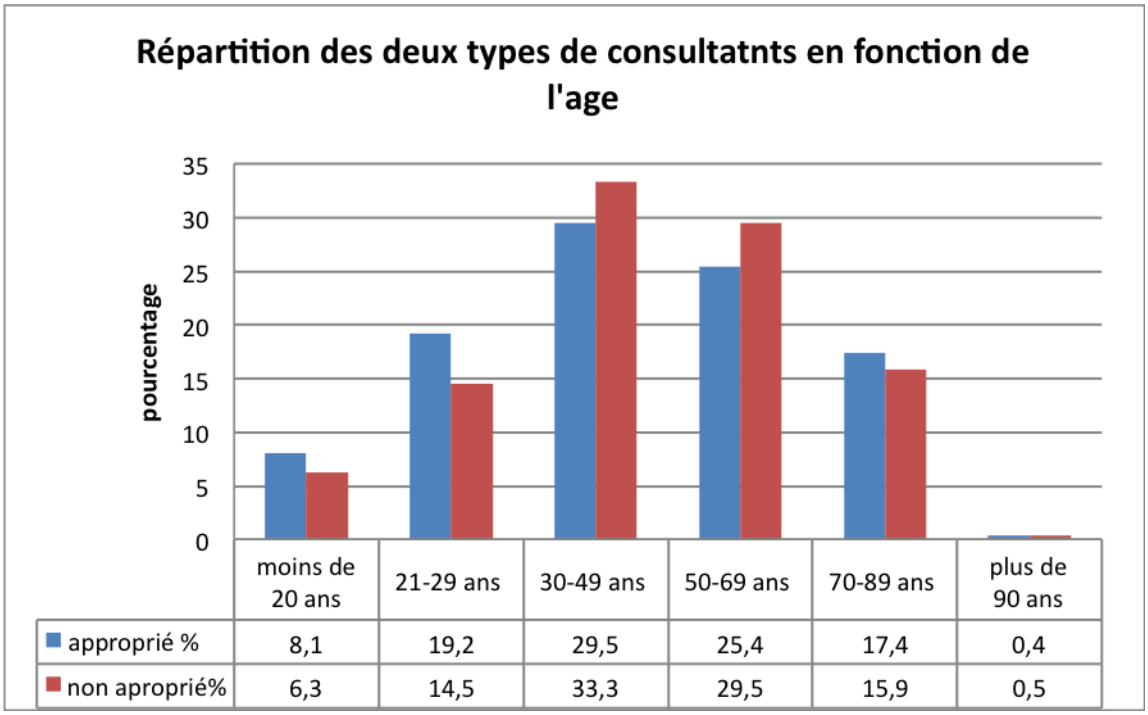
II. Détermination des facteurs ass ociés à une consultation non appropriée au SU.

Nous avons comparé les caractéristiques des sujets consultant au SU selon que la consultation est appropriée ou non appropriée, selon la définition donnée plus haut, et étudié les facteurs associés aux consultations non appropriées.

1-Facteurs sociodémographiques et économiques

a-Age :

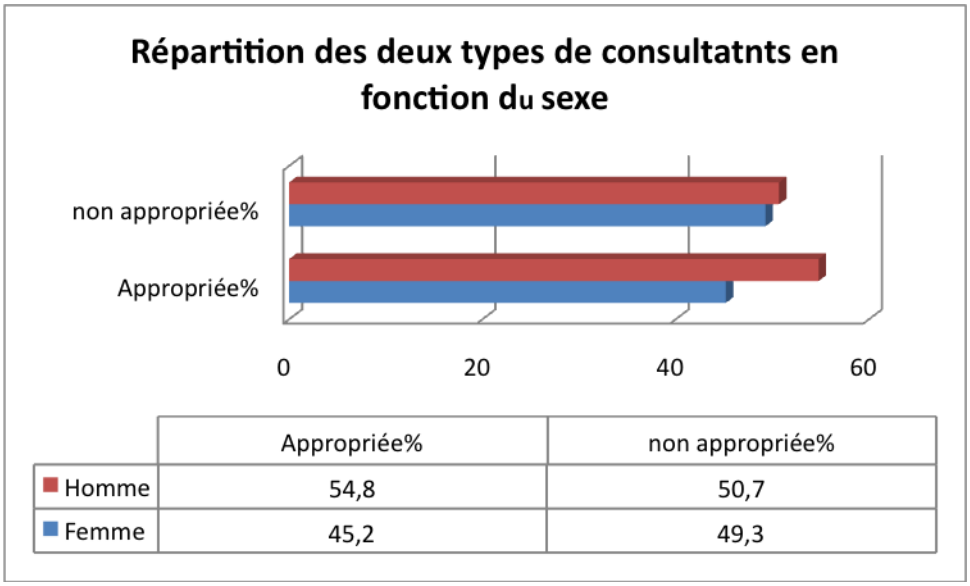
56.8% des consultants appropriés ont un âge inférieur à 50 ans, avec une moyenne d'âge de 46ans +/- 19.12, versus 54.1% chez les consultants non appropriés.



	moins de 20 ans	21-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70-89 ans	plus de 90 ans
approprié %	8,1	19,2	29,5	25,4	17,4	0,4
non aproprié%	6,3	14,5	33,3	29,5	15,9	0,5

b-Sexe et autonomie :

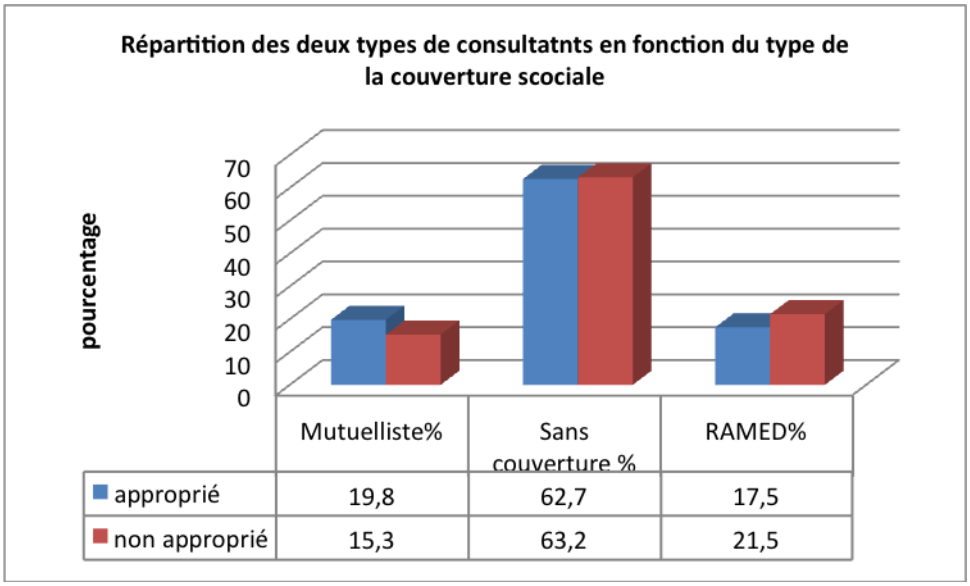
Pour le sexe des consultants, plus de la moitié des consultants appropriés sont des hommes, et 82.6% sont autonomes.



	Appropriée%	non appropriée%
Homme	54,8	50,7
Femme	45,2	49,3

c-Profession, niveau socio-économique et couverture sociale :

Plus de 60% des consultants sont sans profession pour les deux groupes, et plus de 65% sont de bas niveau socioéconomique, et plus de 60% n'ont pas de couverture sociale, avec un taux des patients sous couverture sociale RAMED ayant bénéficié d'une consultation non approprié à 19.3% versus 17.5% des consultations appropriées.



	Mutuelliste%	Sans couverture %	RAMED%
approprié	19,8	62,7	17,5
non approprié	15,3	63,2	21,5

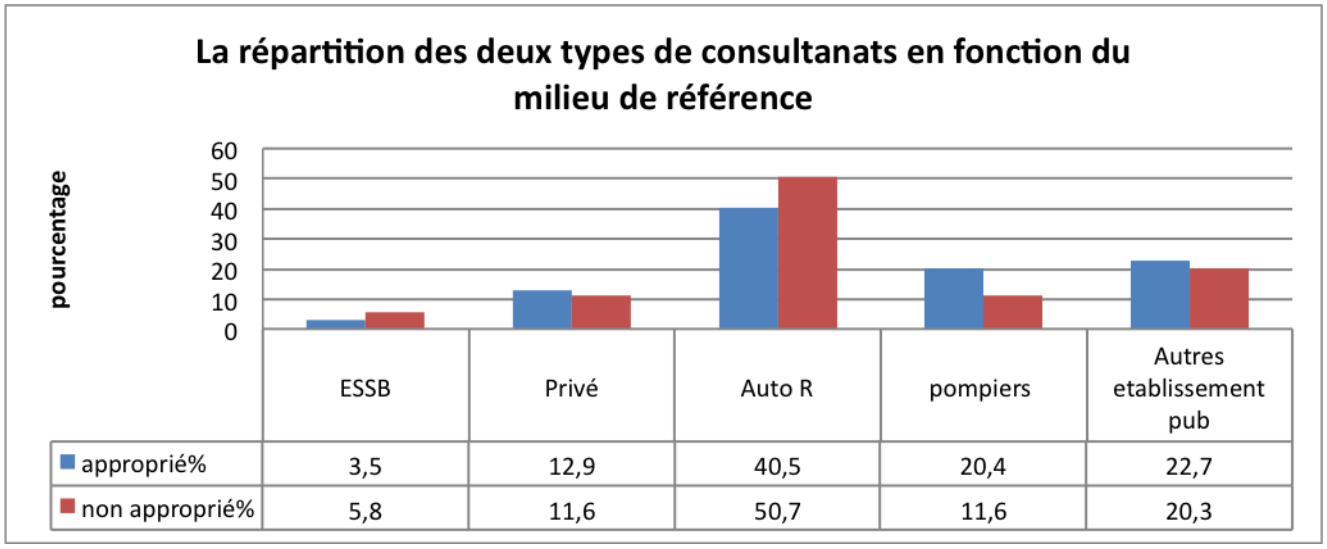
d- Le milieu de résidence :

69.2% des consultants appropriés viennent du milieu urbain, versus 74.3% des consultants non appropriés.

2- Caractères de la consultation :

a-Niveau de référence :

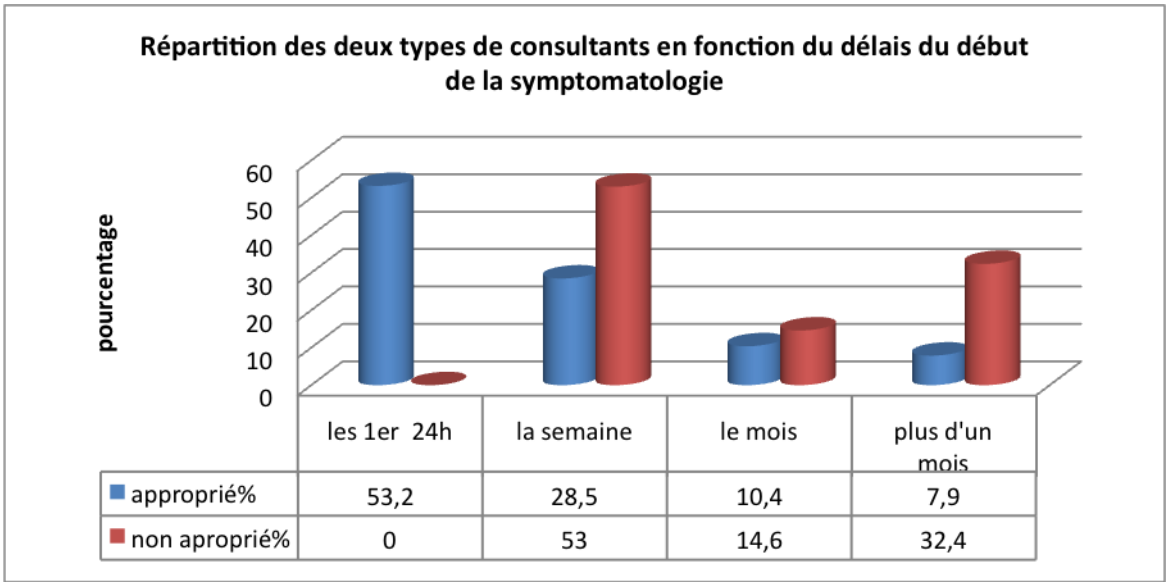
On a remarqué que 50.7% des consultants non appropriés sont des auto-référés, versus 40.5% des consultants appropriés.



	ESSB	Privé	Auto R	pompiers	Autres etablissement pub
approprié%	3,5	12,9	40,5	20,4	22,7
non approprié%	5,8	11,6	50,7	11,6	20,3

b-Début de la symptomatologie :

Plus de 50% des consultants appropriés consultent dans les premières 24h, cependant 53.% des consultants non appropriés consultent dans la semaine qui suit le début de la symptomatologie.



c-Habitude de consulter aux urgences

On a constaté que seulement 6.9% des consultants non appropriés ont l'habitude de consulter aux urgences, versus 15.9% des consultants appropriés.

d-L'évaluation du médecin :

Les médecins des urgences ont jugé la consultation urgente chez 78.5% des consultants appropriés.

3-Facteurs organisationnels influençant le recours au service des urgences :

a-Les facteurs influençant le recours au service des urgences :

1- Nombre de médecins :

On a noté que presque 20.5% des consultants appropriés considèrent que le nombre élevé de médecins est un motif de recours aux urgences, versus 13 % des consultants non appropriés.

2- Expérience des professionnels

L'expérience des professionnels de santé est derrière le recours de 23.2% des consultants appropriés, versus 21.1% des consultants non appropriés.

3- Disponibilité des spécialistes

La présence des spécialistes, est considérée comme un motif de recours au SU pour 37,9% des consultants appropriés, versus 19.2% des consultants non appropriés.

4- Absence de rendez-vous

On a remarqué que 20.7% des consultants appropriés, considèrent le service des urgences comme un lieu de consultation sans rendez-vous versus 16.7 % des consultants non appropriés.

5- Système de permanence

Le système de permanence assuré au SU, est derrière l'arrivée au SU de 39,6% des consultants appropriés, versus 28.2% des consultants non appropriés.

6- Plateau technique

Le plateau technique est derrière le recours de 40,5% des consultants appropriés, versus 32.1% des consultants non appropriés.

7- Proximité de l'hôpital

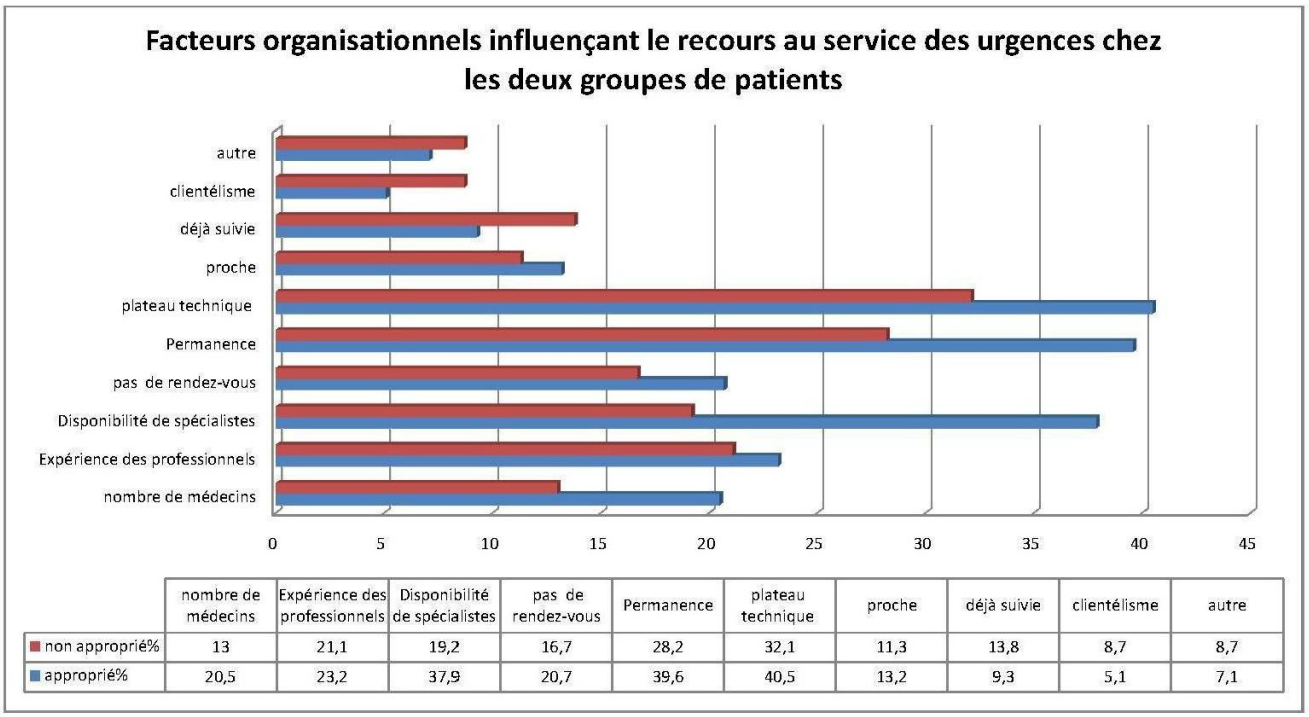
Parmi les consultants appropriés, 13.2% considèrent que la proximité de l'hôpital est un motif de recours aux urgences, versus 12,4% des consultants non appropriés.

9- déjà suivi :

Le faite d'être suivi au sein du CHU, a ramené 13.8 % des consultations non appropriés de consulter au SU, versus 9.3% des consultants appropriés, ce résultat peux être expliqué par le faite que la structure sanitaire où une personne est suivie reste la première à consulter pour le moindre problème, quelque soit son type.

10-Par clientélisme :

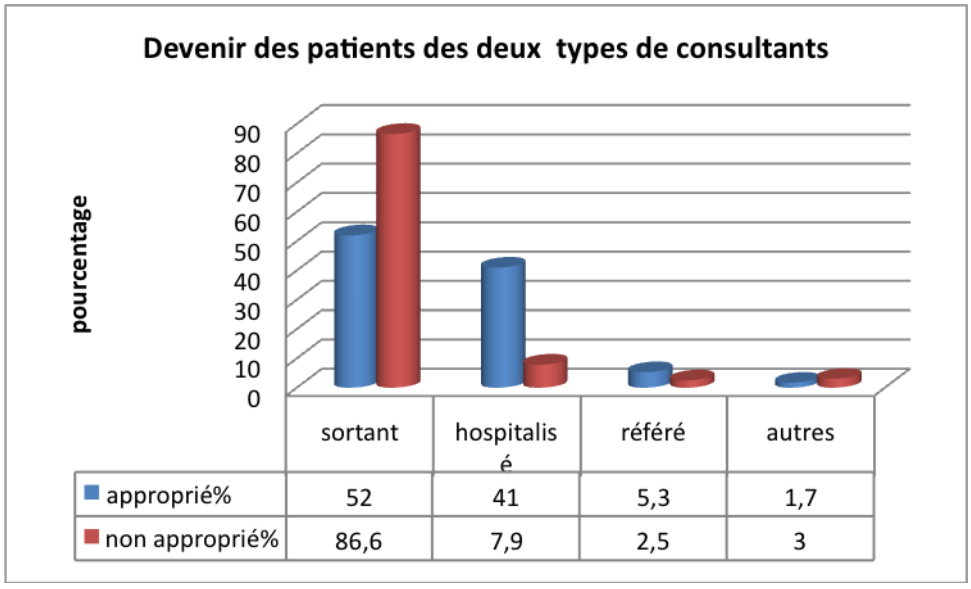
8.6% des consultants non appropriés sont pistonnés par un personnel du CHU versus 5.1% des consultants appropriés.



	nombre de médecins	Expérience des professionnels	Disponibilité de spécialistes	pas de rendez-vous	Permanence	plateau technique	proche	déjà suivie	clientélisme	autre
non approprié%	13	21,1	19,2	16,7	28,2	32,1	11,3	13,8	8,7	8,7
approprié%	20,5	23,2	37,9	20,7	39,6	40,5	13,2	9,3	5,1	7,1

4-Devenir des patients :

Notre étude a montré que 41% des consultants approprié sont hospitalisés, versus 7.8 % des consultants non appropriés, alors que la sortie était le devenir de 86.6% des consultants non appropriés versus 52% des consultants appropriés.



CHAPITRE VI : DISCUSSION

Porte d'entrée des patients dans le système hospitalier et relai de la phase pré-hospitalière de prise en charge des urgences, le SU est chargé d'accueillir et de procurer les premiers soins à tout patient présentant une urgence médicale ou chirurgicale, réelle ou ressentie (1).C'est là le nœud du problème, et c'est là que stagnent et souffrent les malades et les blessés. Parfois des heures durant, des jours durant, sur des brancards (52). Le surcroit d'activité non appropriée au SU est à l'origine de problèmes organisationnels importants, et entraîne des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants, notamment par l'allongement des délais d'attente qui peut être préjudiciable à la qualité des soins et avoir des incidences sur le pronostic vital des consultants les plus graves (21).

Dans ce travail, nous avons mené une étude transversale au sein du service des urgences du CHU Hassan II de Fès, sur un échantillon de 780 consultants, s'étalant sur une période de 20 jours, allant du 01 au 20 juillet 2012. L'objectif principal de notre étude est de déterminer les facteurs associés et prédictifs d'une consultation « non appropriée » au SU.

Notre étude a objectivé, selon nos critères de définition de la consultation non appropriée, que 79% des consultations aux urgences étaient non appropriées et auraient pu bénéficié d'une prise en charge ambulatoire, versus 30,7% dans l'étude faite au SU du CHP de Nador. (21)

Dans la littérature, la prévalence de l'usage non approprié des SU va de 10 à 90%, en fonction des critères utilisés pour définir une consultation non appropriée, et dans presque la moitié des études varie entre 24 et 40%(53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67).

Durant ces dernières années, l'ensemble des structures d'urgence présente une augmentation d'activités, en raison du recours accru des patients consultant pour des motifs dits « non urgents », c'est-à-dire relevant de la médecine générale ou de problèmes sociaux(4-20) .Durant notre étude 4202 patients ont consulté au SU, en France plus de 13 millions de patients par an consultent aux urgences hospitalières avec un flux croissant de 5 % par an depuis 15 ans(56). Au canada chaque année, plus de 14 millions de Canadiens visitent les services d'urgence (68, 69, 70).

La fréquence des consultations non appropriées au SU a pour corollaires une moindre satisfaction des usagers et des professionnels, une moindre qualité objective des soins délivrés ainsi qu'une recrudescence des actes violents (71).

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'association significative entre l'âge et le recours approprié ou non au SU. Cependant on remarque que la population fréquentant le SU de façon non appropriée était une population à âge moyen de 47ans +/- 18.8, avec un âge supérieur à 50 ans chez 54.1% de patients, ces chiffres qui restent élevé sont concordants au données de la littérature (21, 26, 72,73). Cette augmentation de l'âge moyen des consultants est liée à l'évolution démographique de la population générale.(69,74,75) sauf dans l'étude faite au CHP de Nador où les consultants âgés avaient moins de recours non approprié au SU, et la moyenne d'âge des consultants était de 37.4+/- 15.1.

Plusieurs études dans la littérature, ont montré une association inverse entre l'âge et le caractère non approprié d'une consultation au SU (76, 77, 78, 79, 80, 81, 82), alors que certaines études n'ont pas trouvé cette association (83,84).

Nous n'avons pas objectivé dans notre étude d'association significative entre le sexe et le recours approprié ou non au SU, et on n'a pas trouvé une prédominance d'un sexe par rapport à l'autre chez les consultants non appropriés (49.3% de femmes et 50.7% d'hommes), cependant on a remarqué une prédominance masculine chez les consultants appropriés avec 54.8% d'hommes versus 45.2% de femmes.

Les résultats de notre étude étaient différents de ceux rapportés dans la littérature. En effet, certaines études ont montré une association significative entre le sexe féminin et la susceptibilité de consulter de façon non appropriée au SU (54, 55) et d'autres n'ont rien trouvé(21).

L'autonomie des consultants est un facteur significativement associé au recours approprié ou non au SU (P= 0.002), avec 91.5% des consultants non appropriés étaient autonome, chose qui est très logique et expliquée par la nature humaine.

On n'a pas trouvé dans notre étude d'association statistiquement significative l'état matrimonial et le recours approprié ou non au SU. C'est un résultat qui est concordant avec plusieurs études (21, 53, 55, 56), par contre une seule étude(54) a montré que les personnes célibataires consultaient plus de façon appropriée au SU (p = 0,046).

Concernant le niveau socio-économique, on trouve que plus de 65% des consultants des deux groups sont de bas NSC, cela peut être expliqué par le fait que le SU reste la seule structure d'accueil de cette tranche de la société. Cela est concordant avec nos résultats à propos de la profession des consultants, dont on

trouve que plus de 60% consultants des deux groups sont sans profession, d'autres études ont montré le contraire. (66)

Pour la couverture sociale, 36.8% des consultants non appropriés disposent une couverture sociale dont 21.5% sont porteurs du RAMED versus 17.5% des consultants appropriés, cette différence reste faible par rapport à ce qu'on attendait, ce qui peut être expliqué par le moment de l'étude, dont cette dernière a été fait juste après le lancement de la couverture RAMED. Dans la littérature le fait d'avoir une couverture sociale était un facteur prédictif d'une consultation non appropriée au SU (21, 26, 29, 36).

Nous avons trouvé que dans les deux groupes de consultants, la proportion des consultants urbains était élevée. Ce résultat est peut être lié à la proximité du SU(26).

Le début de la symptomatologie est parmi les critères utilisés par les médecins experts pour évaluer une consultation comme étant appropriée ou non. Dans notre étude ce critère est fortement et significativement lié au caractère approprié ou non de la consultation ($P=10^{-4}$). Cela est concordant avec les données de la littérature (21,59).

On a trouvé que l'état du patient jugé par le médecin était significativement associé au recours approprié ou non au SU ($P=10^{-6}$), donc 78.5% des consultations appropriées étaient jugées urgentes par le médecin de garde. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés dans la littérature (21).

Notre étude a trouvé une association très significative entre le type de référence au SU de CHU et le recours approprié ou non au service des urgences (P=0.001) , avec une prédominance des patients auto-référés (50.4%) chez les consultants non appropriés, suivie des patients référés par un autre établissement sanitaire public (20.3%), et 11.6% ramenés par les pompiers, ces résultats sont concordantes avec ceux de la littérature où ils sont expliqués par le fait que la plupart des patients choisissent volontairement le SU(4), et que certains corps de métier tel que les pompiers privilégient les services d'urgence pour des raisons de responsabilité(32,85).

Dans notre étude on n'a pas trouvé d'association significative entre le nombre de médecins et leur expérience, la disponibilité du plateau technique, l'absence de RDV et la proximité du CHU, et le recours approprié ou non au service des urgences, chose à laquelle on ne s'attendait pas, surtout que d'autres études ont trouvé une association significative. (21)

Cependant on a trouvé une forte association significative entre la disponibilité des spécialistes ($P=10^{-5}$) et le recours approprié ou non au service des urgences, dont 37.9% des consultants appropriés ont recours au SU pour être vu par un spécialiste. Plusieurs études ont également trouvé cette association (21).

Une association fortement significative (P=0.004) également a été trouvée entre la permanence des soins et le recours approprié ou non au service des urgences, avec un taux de 28.2% des patients dont leur consultation est jugée non appropriés ont consulté au SU parce qu'il est la seule structure ouverte 24h/24 et 7j/7j. Ce résultat est concordant avec les donnés de la littérature (21).

Le faite d'être déjà suivi au sein du CHU est non significativement associé au recours approprié ou non au SU (p=0.06).Ce paramètre n'était pas recherché dans les autres études.

Et entre le clientélisme et le recours approprié ou non au service des urgences on n'a pas trouvé une association significative (P=0.06), ce résultat n'était pas attendu vu que 8.7% des consultations non appropriées par clientélisme reste un taux élevé par rapport à la charge du travail au SU.

Le devenir des patients est également un critère associé significativement avec le recours approprié ou non au service des urgences ($p=10^{-6}$), ce résultat est très logique, vu que 86.6% des consultants non appropriés sont déclaré sortants après avoir bénéficié de la consultation et les investigations nécessaires, avec seulement 7.1% d'hospitalisation.

Dans notre étude nous avons cherché à expliquer, et non seulement à décrire, les facteurs associés au recours non approprié au SU, cependant notre travail a certaines limites méthodologiques, nous citons principalement : la définition de la notion du recours non approprié au SU, le lieu où on a mené notre étude par ce que le SU reste un endroit très encombré , et l'états des patients interrogés rend le recueil des informations difficile, et certains patients qu'on n'arrive pas à suivre vue l'importance du flux.

Il existe différentes études sur le recours non approprié au SU, mais la diversité des critères utilisés limite la comparabilité des résultats. Néanmoins, le profil sociodémographique de la population qui consulte de façon non appropriée au SU est bien défini, alors que la plupart des études disponibles sur les motivations

derrière le recours non approprié au SU sont descriptives, ce qui limite la clarification de ces motifs.

Nous estimons que notre étude peut refléter une partie des besoins de la population de Fès-Boulemane, et qu'elle soit le premier pas vers l'amélioration de la situation du SU du CHU Hassan II.

CHAPITRE VII : RECOMMANDATIONS

« Être urgentiste, c'est aussi réguler des flux »(75), le recours non approprié des patients au service des urgences a comme conséquence une surcharge des ces structures et donc une souffrance et une doléance des urgentistes, ce qui retentis sur les possibilités et la qualité de prise en charge des patients (85, 86, 87).

Cette problématique n'est pas récente, elle est étudiée depuis quelques années par les urgentistes anglo-saxons (88).

Dans ce chapitre, nous émettons des recommandations déduites de notre étude et adaptées à notre contexte marocain :

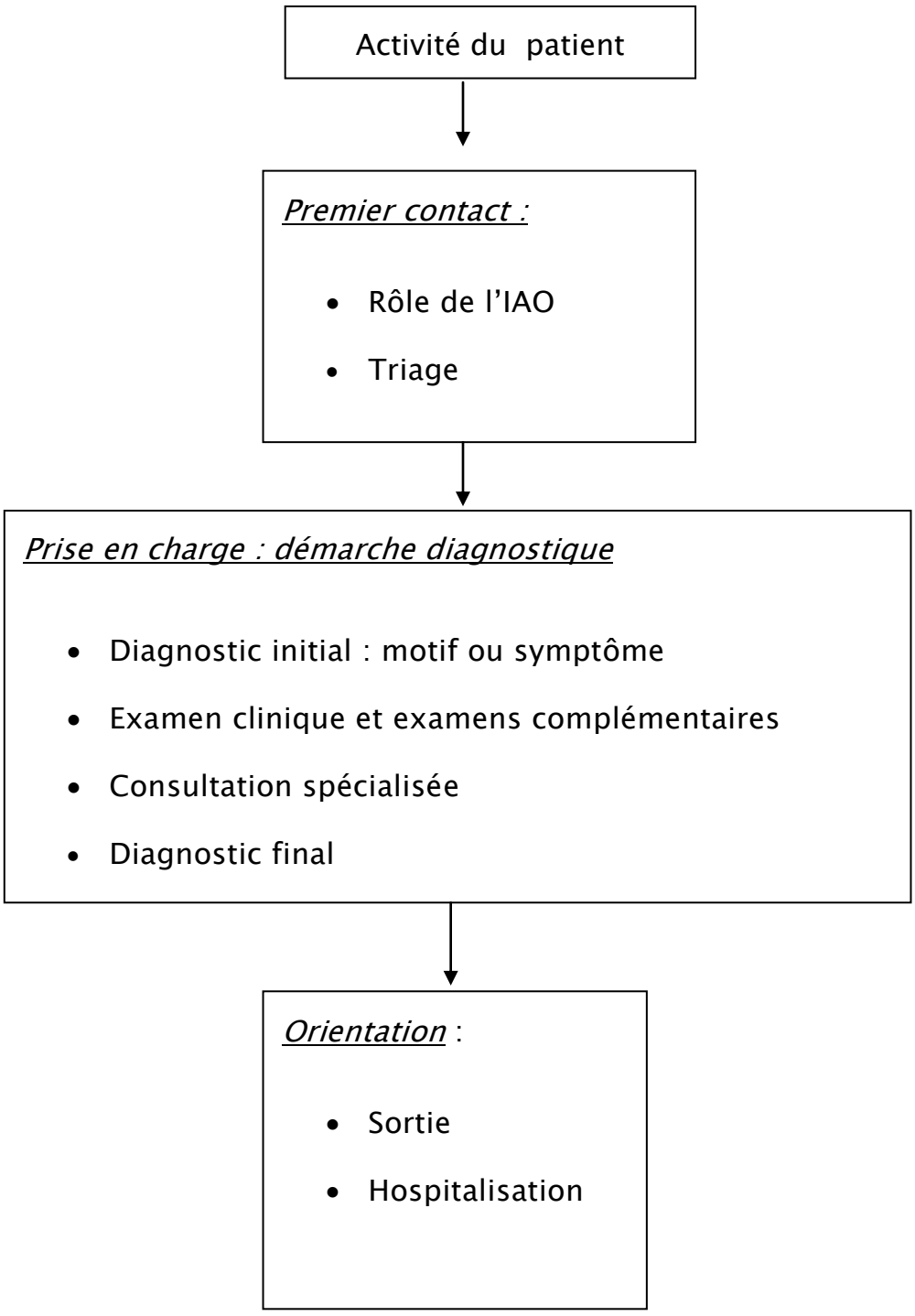
- Mieux connaitre la population prise en charge dans les SU (21).
- Entreprendre des actions de communication et d'éducation pour promouvoir le bon usage du service des urgences par la connaissance des différentes possibilités offertes en dehors de l'hôpital.
- Améliorer les services rendus par les ESSB en assurant une formation adaptée dans la prise en charge des urgences médicales au profit des professionnels de santé aux différents niveaux tout en améliorant le plateau technique de ces établissements.
- Fidéliser les consultants par la disponibilité des médicaments et par l'amélioration d'accueil et de prise en charge au niveau des autres hôpitaux publics.
- Elaborer un système de permanence dans les autres établissements publics pendant la nuit, les jours fériés et les week-ends, avec disponibilité des spécialistes et d'un bon plateau technique.
- Développer et exiger le système de référence contre référence pour améliorer l'efficacité du système d'orientation recours entre les différents niveaux du système de soins. Chaque élément du système doit jouer son

rôle spécifique et chaque niveau de soins doit être complémentaire et non concurrent.

- Le « tri » des patients à leur arrivée au SU est un processus qui vise à identifier, évaluer et classer en fonction de leur priorité les besoins en soins des patients (74), L'IAO (Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation) améliore la satisfaction des patients et de leur entourage et la qualité des soins en identifiant les patients les plus instables en les orientant plus rapidement dans la filière de soins adaptée (4,89). Idéalement, ce « tri » devrait être effectué par un médecin expérimenté (74,90).
- Installer une unité de consultation rapide (91, 92, 93), ce qui est équivalent à l'unité de pré-urgence au niveau de notre CHU.
- Installer une unité d'hospitalisation des patients en attente de diagnostic, où ils peuvent bénéficier de tous les examens para cliniques nécessaires au diagnostic.
- Développer des parcours de soins, notamment pour les patients adressés par un médecin généraliste, permettant d'accéder à des consultations spécialisées et à une hospitalisation à court terme sans passage au SU(87).
- Place de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) dans la filière d'hospitalisation. L'UHTCD se situe entre la médecine externe et l'hospitalisation. L'intérêt pour le patient est d'obtenir des soins performants sans hospitalisation conventionnelle. Pour l'urgentiste, ce type d'unité d'hospitalisation permet une meilleure qualité de travail médical : en limitant les erreurs diagnostiques, en instaurant des traitements dont l'efficacité sera suivie et en prenant les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins (74, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102). Dans notre

CHU on dispose d'un service équivalent de l'UHTCD, d'une capacité litière de 28 lits. .

- ❖ Anticiper et organiser la sortie du patient avant 12h, en renforçant notamment la présence et le rôle des travailleurs sociaux (86, 103, 104).
- ❖ Actualiser le Règlement Interne des services qui doit prévoir les modalités d'accueil et de prise en charge de l'ensemble des patients.



CHAPITRE VIII : CONCLUSION

Cette étude nous a permis de tirer des informations pertinentes concernant le recours au SU. En effet, nous avons cherché dans ce travail à expliquer, et non seulement à décrire, les facteurs prédictifs d'une consultation non appropriée au SU. On a trouvé effectivement une association entre l'usage non approprié du SU et plusieurs facteurs tels que l'autonomie des consultants, la disponibilité des spécialistes, la permanence, le type de référence, et le type de sortie.

Notre étude est inaugurale, elle doit être complétée par d'autres études en amont et en aval afin de proposer des possibilités de prise en charge spécialisée contournant les services urgences ou venant en appui de ces structures et d'éviter le passage systématique de toute consultation ou de toute hospitalisation non programmée par les urgences et /ou d'orienter rapidement les patients vers un autre parcours que celui du SU.

Il faudrait entreprendre des actions de communication et d'éducation de la population pour promouvoir le bon usage du service des urgences, et agir en amont de ce service en améliorant les services rendus par les établissements de soins de santé de base et en augmentant l'offre de soins à ce niveau. Il faudrait également instaurer un système de gardes au sein des établissements de soins de santé de base, pendant la nuit les week-ends et les jours fériés, pour mieux répondre à la demande des consultants. D'autres études analytiques des facteurs associés au recours non approprié au SU devraient être menées dans d'autres régions du Maroc, d'autres CHU et au sein de différents niveaux d'établissements hospitaliers pour prendre en considération les spécificités régionales et hospitalières. Il faudrait également recueillir l'information sur les facteurs associés au non recours aux ESSB chez les consultants non approprié au SU.

Résumé de thèse

L'utilisation non appropriée du service des urgences est à l'origine de problèmes organisationnels majeurs. Elle entraîne des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants et l'épuisement de l'équipe soignante et des ressources de l'Hôpital.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer les facteurs associés au recours non approprié au service des urgences.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au niveau du Service des urgences du Centre hospitalier universitaire CHU HASSAN II de Fès, auprès de 800 consultants. Le recueil de l'information était fait au moyen d'un questionnaire développé à partir des objectifs du travail et d'une revue bibliographique. Pour la définition d'une consultation non appropriée, on s'est basé sur des critères adaptés au contexte marocain (jour et moment de la consultation ainsi que l'ancienneté des symptômes).

Résultats :

Les résultats de notre étude sont comme suit :

La proportion des consultants non appropriés est de 27,7%. L'âge moyen des consultants appropriés est de 45,95 ans +/- 19.1, versus 47,45ans +/- 18.2, avec une légère prédominance masculine chez les consultants appropriés. Le taux de patients sous couverture sociale RAMED qui ont bénéficié d'une consultation non approprié est de 19.3% versus 17.5% des consultations appropriées.

Une association significative est trouvée entre le recours approprié ou non au SU, et le type de référence des patients, l'évaluation du médecin, le nombre de médecins, la disponibilité des spécialistes et du plateau technique, l'absence de rendez-vous et le système de permanence.

Et les consultations par clientalisme sont de 8.7% chez les consultants non appropriés, versus 5.1% des consultants appropriés . Concernant le devenir des malades, une proportion de 86,6% des consultants non appropriés ont quitté le service des urgences après avoir reçu les prestations versus 52 % des consultants appropriés.

Conclusion :

Le "diagnostic" des consultations non appropriées au service des urgences du CHU Hassan II est une étape fondamentale pour instaurer un système de trie des patients affluant vers ce centre et, le plus important, de mettre en place un système d'hiérarchisation des soins à travers les différents niveaux des structures de soins de la région, ceci en vue d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser l'exploitation des ressources de l'Hôpital.

Abstract

The inappropriate use of the emergency department is responsible for major organizational problems. It causes malfunctions in the management of consultants and the depletion of the care team and the hospital resources.

The main objective of this work is to determine the factors associated with inappropriate use of the emergency department.

Materials and methods:

This is a cross-sectional studyat the emergency department of the University Hospital CHU Hassan II of Fez, with 800 consultants. The collection of information was done using a questionnaire developed from the work objectives and a literature review. For the definition of non- appropriate consultation, we were based on criteria adapted to the Moroccan context (day and time of the visit and the duration of symptoms).

Results:

The results of our study are as follows:

The proportion of non appropriate consultants is 27.7%. The averageage of appropriate consultants is 45.95 years +/- 19.1 versus 18.2 +/- 47,45 years, with a slight male predominance in appropriate consultants. The rate of insurance coverageunder RAMED patients who received non-appropriate consultation is 19.3% versus 17.5% of appropriate consultation.

A significant association was found between the appropriate use or not of emergency department and the type of referring of patients, the

physician'sassessment, the number of specialist doctors , the availability of the technical platform, the lack of appointments and the permanence system.

Consultations by clientelismat 8.7% in non-appropriate consultants, versus 5.1% of appropriate consultants. Regarding the outcome of patients, a proportion of 86.6% of non-appropriate consultants have left the emergency department after receiving care versus 52% of appropriate consultants.

Conclusion:

The "diagnostic" of non-appropriate consultations in the emergency department of the University Hospital Hassan II is a fundamental step to establish a system of sorts flowing patients to this center and, most importantly, to establish a hierarchy of care system through the different levels of the region' s health facilities, and this in order to improve the care of patients and to optimize the use of resources of the Hospital.

ملخص

مقدمة :يعتبر الاستعمال الغير السليم لقسم المستعجلات سببا في مشاكل تنظيمية هامة، وقد يؤدي إلى اختلالات في جودة الخدمات المقدمة للمرض و إنهاك فريق الرعاية الصحية وموارد المستشفى .

من اجل هذا قمنا بهذا البحث الذي نسعى من وراءه إلى تحديد العوامل المرتبطة بالاستعمال الغير السليم لقسم المستعجلات.

المواد و الأساليب :قمنا بدراسة مُسْتَعْرِضة بقسم المستعجلات للمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس امتدت مدة عشرين يوما ، من 01 يوليوز إلى 20 يوليوز 2012 .شملت 800 مريض من الواردين على هذا القسم وقد تم جمع المعلومات من خلال استمارة تم بلورتها انطلاقا من الأهداف المسطرة لهذا البحث وكذلك من خلال بحث ببليوغرافي حول هذا الموضوع.

تم تعريف الاستشارة الغير السليمة اعتمادا على معايير مكيفة مع الواقع المغربي كيوم ووقت الاستشارة وكذا أقدميه الأعراض.

النتائج :

نتائج دراستنا هي كما يلي:

شكلت الاستشارات الغير السليمة نسبة 27.7% من مجمل الاستشارات الواردة على قسم المستعجلات.

متوسط عمر الفئة الغير السليمة بلغ 45.95 سنة +/- 19.1,مقابل 47.45 سنة +/- 18.2 لدى فئة الاستشارات السليمة, مع غلبة طفيفة للذكور لدى فئة الاستشارات السليمة.

بلغت نسبة المرضى المستفيدين من نظام الصحي رميد من فئة الاستشارات الغير سليمة 19.3% مقابل 17.5 % من فئة الاستشارات السليمة.

شراكة هامة وجدت بين الاستعمال الغير السليم لقسم المستعجلات و نوع الإرسال, تقيم الحالة من طرف الطبيب, كثرة الأطباء, توفر الأطباء المتخصصين, توفر قاعدة تقنية جيدة, غياب المواعيد, و المناوبة.

الزبونية كانت وراء لجوء 8.7 % من المرضى من فئة الاستشارات الغير سليمة, مقابل 5.1% من المرضى من فئة الاستشارات السليمة.

فيما يخص مصير المرضى، فإن نسبة.86 6 % من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة غادرت قسم المستعجلات بعد تلقيها للعلاجات، مقابل 52 % من المرضى من فئة الاستشارة السليمة.

الخلاصة:

تشخيص الاستشارات الغير سليمة بقسم مستعجلات المستشفى الجامعي الحس الثاني بفاس هي مرحلة أساسية من اجل إنشاء برنامج فرز المرضى الوافدين لهذا القسم, و الأهم هو التوصل إلى ضرورة مرور المرضى عبر مختلف المرافق الصحية وفق مستوى كل من هذه الأخيرة, كل هذا من اجل تحسين جودة الخدمات الصحية للمرضى.و تحسين استثمار الموارد البشرية.

ANNEXE

FICHE D'EXPLOITATION

Fès le :

IP :

Age* :

I-Caractéristiques sociodémographiques du patient

Patient	*Adulte autonome* ☐ *Adulte Personne dépendante* ☐
Sexe	*Femme* ☐ *Homme* ☐
Etat matrimonial	Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ vorcé(e) ☐
Profession	Actif ☐ retraité ☐ sans profession ☐
Niveau-socioéconomique	Bas ☐ moyen ☐ élevé ☐
Couverture sociale	Mutuelle - Assurance ☐ Pas de couverture sociale ☐
Milieu de résidence	Urbain ☐ Rural ☐ Sub urbain ☐

II-Information sur la consultation :

- **Date et Heure d'arrivée du patient**: le à .....H.....Min.
- **Motif de consultation actuelle** : .....

1

- **Qui a pris la décision de consulter au service des urgences (pour les sujets dépendants)** …….
- **Début de la symptomatologie par rapport à son admission *:**

|__|__| Heure|__|__| Jours|__|__| Semaines

- **Evaluation du médecin :** Urgent ☐ Pas urgent ☐

Référé	ESSB. ☐ Privé ☐ uto référé ☐ Amené par un tiers ☐ Amené par l'ambulancier ☐ Autres établissements publics ☐
Avez-vous l'habitude de consulter au service des urgences ?	*Oui* ☐ Si oui préciser les motifs …… Non ☐

III- Facteurs organisationnels influençant le recours au service des urgences :

	OUI	*NON*
Nombre élevé de médecins		
Expérience des professionnels		
Disponibilité de spécialistes		
Vous n'avez pas besoin de rendez-vous		
Permanence		
Plateau technique		
Certificats médico-légaux		

Réputation de l'hôpital :	Très bonne ☐ Bonne ☐ yenne ☐ Mauvaise ☐ aucune idée

- **Autres motifs (à préciser) :** ……

2

****ESSB*** *: Etablissement de soins de santé de base.*

V-Circuit du malade avant d'arriver au service des urgences :

|__| Non applicable

	Visite 1	Visite 2	Visite 3
Dates	_____	_____	_____
Formation	__| Cabinet privé __| Centre de santé __| Hôpital __| Autre.....	__| Cabinet privé __| Centre de santé __| Hôpital __| Autre.....	__| Cabinet privé __| Centre de santé __| Hôpital __| Autre.....
Ville			
Personne consultée	__|Médecin généraliste __|Médecin spécialiste __|Pharmacien __|Sage femme __|Infirmier (e) __|Guérisseur __|Autres.....	__|Médecin généraliste __|Médecin spécialiste __|Pharmacien __|Sage femme __|Infirmier (e) __|Guérisseur __|Autres.....	__|Médecin généraliste __|Médecin spécialiste __|Pharmacien __|Sage femme __|Infirmier (e) __|Guérisseur __|Autres.....
Diagnostic porté			
Décision prise	__|Hospitalisation __|Traitement __|Bilan __|Orientation __|Autres.....	__|Hospitalisation __|Traitement __|Bilan __|Orientation __|Autres.....	__|Hospitalisation __|Traitement __|Bilan __|Orientation __|Autres.....
Si référence, où ?			
Attitude du patient			

VI- Devenir du patient :

- Sortant ☐
- Hospitalisé ☐
- Référé ☐ *pourquoi ?.....
  * Où ?.....
- Autre ☐

BIBLIOGRAPHIE

1. Garga.H, Ongolo-Zogo P. Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique SURE. Yaoundé, Cameroon: CDBPS, 2013.
2. Carpentier F, Bleichner G. Critères d'évaluation des services d'urgences. Référentiel SFUM (2001) Société Francophone d'urgences Médicales.www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/ref_mars2001.pdf Consulté le 16.11.12
3. Claessens.Y-E, Kierzek.G, Josseran.L, André.S, Bernas.F, Pourriat.J-L, Services d'urgences: observatories de santé publique. Elsevier Masson SAS. Réanimation (2008) 17, 807—815.
4. Gentile.S, Durand.C, Vignally.P, Sambuc.R, Gerbeaux.P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgences sont-ils favorables à une reorientation vers une structure de soins alternative?. Elsevier Masson SAS. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 57 (2009) 3-9
5. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The use of hospital emergency department for non-urgent health problems: a national perspective. Med Care Res Rev 1995; 52:453-74.
6. Buesching.DP, Jablonowski.A, Vesta.E, Dilts.W, Runge.C, Lund.J, et al. Inappropriate emergency department visits. Ann Emerg Med 1985;14: 672-6.
7. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med 2000;35:63-8.
8. Richardson.LD, Asplin.BR, Lowe.RA. Emergency department crowding as a health policy issue: past development, future directions. Ann Emerg Med 2002; 40:388-93.
9. Richardson.LD, Hwang.U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. Acad Emerg Med 2001; 8:1030-6.

10. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. Am J Emerg Med 1999;17:208–9.
11. Grumbach.K, Keane.D, Bindman.A. Primary care and public emergency department overcrowding. Am J Public Health 1993;83:372–8.
12. Nourjah.P. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary. Adv Data 1999;1–24.
13. McCaig.LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2001 emergency department summary. Adv Data 2006;1–29.
14. Steg.A. La médicalisation des urgences. Rapport de la Commission Nationale de Restructuration des Urgences. Paris; 1993.
15. Cour des Comptes. Rapport public annuel. Première partie – Les observations des juridictions financières. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Février 2007, p. 313–47.
16. Baubeau.D, Deville.A, Joubert.M, Fivaz.C, Girard.I, Laidier.S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés. DREES, Etudes et Résultats no 72; 2000.
17. Agence régionale de l'hospitalisation Provence Alpes–Cotes–d'Azur. Schéma régional d'organisation sanitaire 2006–2011. Thématique : Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins. Avril 2006, p. 191–227.
18. Carrasco.V, Baubeau.D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, Etudes et Résultats no 212; 2003.
19. Baubeau.D, Carrasco.V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES, études et Résultats no 215, 2003.
20. Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passage. DREES, Etudes et Résultats no 524, 2006.

21. El majjaoui.A. Facteurs associés au recours non approprié au service des urgences. Etude analytique à l'hopital provincial de Nador. Urgences. Fes : faculeté de médecine et de pharmacie,2010.115
22. Baubeau.D, Deville.A, Joubert.M, Fivaz.C, Girard.I, Laidier.S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés. DREES, Etudes et Résultats no 72; 2000.
23. Agence régionale de l'hospitalisation Provence Alpes-Côtes-d'Azur. Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011. Thématique : Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins. Avril 2006, p. 191-227.
24. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisés complémentaires de médecine. Journal officiel de la République française du 6 octobre 2004. NOR: SANP0423091A.
25. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – Direction des statistiques et des études. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Les Français face aux urgences : attitudes et attentes. Point de conjoncture, 2003, p. 16-25.
26. Claudet.I, Joly-Pedespan.L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? Elsevier Masson SAS. Archives de Pédiatrie 2008;15:1733-1738.
27. Peneff. J. Les malades des urgences, une forme de consommation médicale. Paris: Edition Métailié; 2000.
28. Lesigne.E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers. Place de la médecine générale et des services d'urgence. [Thèse] Rennes: Université de Rennes 1; 2001.

29. Chave.F. Rapport d'enquête « La prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique ». Disponible sur internet : URL http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/prisechargemedic.pdf. Consulté le 29/07/2008.

30. Loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Disponible sur internet : URL http://www.admi.net/jo/ loi70-1318.html. Consulte´ le 29/07/2008.

31. Marième.B. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier cochin-port royal, à partir de 245 consultations spontanées. Thèse pour le doctorat en médecine2007.

32. Derlet.RW, Ledesma.A. How do prudent laypeople define an emergency medical condition? J Emerg Med 1999 may; 17(3): 413-8.

33. Galvin.HK, Jhonson.SC. The ''prudent layperson'' definition of an emergency medical condition.Am J Emerg Med 202 Jan; 20(1): 10-3.

34. Gentile.S. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou Ressentie Société française de santé publique. Santé publique2004/1 - N° 41, ISSN 0995-3914 | pages 63 à 74.

35. Mouche.S. Le médecin généraliste de garde et l'organisation de la réponse publique à l'appel urgent. Thèse de doctorat en médecine. Paris Ouest : Université René Descartes, 2000 : 234 p.

36. Foldess.SS, Fischer.LR, Kaminsky.K. What is an emergency? The judgments of two physicians. Ann Emerg Med 1994 Apr; 23(4): 833-40.

37. Gifford.MJ, Franaszek.JB, Gibson G. Emergency physicians and patients assessments: urgency of need for medical care. Ann Emerg Med 1980 Oct; 9(10): 502-7.

38. The Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act: 42 USC. 1395dd;1986.

39. Steg.A. L'urgence à l'hôpital. Journal Officiel de la République Française. Avis et rapport du conseil économique et social, 1989 ; (8).

40. Laura.M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad. Saú de Pública, Rio de Janeiro, 25(1):7-28, jan, 2009.

41. Gentile.S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé.

42. O. W. Hugli M. Potin N. Schreyer B. Yersin. Engorgement des centres d'urgences: une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? Revue Médicale Suisse N° 75, Aout 2006.

43. Derlet.RW, Kinser.D, Ray L, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. Ann Emerg Med 1995; 25:215-23.

44. Birnbaum.A, Gallagher J, Utkewicz.M, et al. Failure to validate a predictive model for refusal of care to emergency-department patients. Acad Emerg Med 1994; 1:213-7.

45. Lowe.RA, Bindman.AB, Ulrich SK, et al. Refusing care to emergency department of patients: Evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med 1994; 23:286-93.

46. Rutschmann.OT, Chevalley.T, Zumwald.C, et al. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss Med Wkly 2005; 135:145-50.

47. Abdallah.B, Mondher.L, Ben Salem.K, Echeikh.H and Soltani.M .Morbidité hospitalière dans un district urbain de Tunisie. Eastern Mediterranean Health Journal 1998; Vol 4; Issue 1; Page 44- 99.
48. Monographie de la Région DRS Fès Boulemane 2012.
49. Monographie de la Région DRS Fès Boulemane 2013.
50. Etat des lieux du secteur sanitaire de la région Fès Boulemane 2013.
51. Rapport synthétique : activités hospitalières 2013.
52. Lejonc. - J.-L. L'optimisation des liens entre les services d'urgences et de médecine interne. Elsevier Masson SAS. La revue de médecine interne 25 (2004) 179–182.
53. Lowe.RA, Bindman.AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. Am J Emerg Med 1997; 15:133-6.
54. Afilalo.J, Marinovich.A, Afilalo.M, Colacone.A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. AcadEmerg Med 2004; 11:1302-10.
55. Carret.ML, Fassa.AG, Kawachi.I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res 2007; 7:131.
56. Oterino.D, Peiró.S, Calvo.R, Sutil.P, Fernández.O, Pérez.G, et al. Utilización inadecuada de un servicio d'urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. GacSanit 1999;13:361-70.
57. Sempere-Selva.T, Peiró.S, Sendra-Pina.P, Martinez-Espin.C, Lopez-Aguilera.I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons: an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001; 37:568-79.
58. Beland.F, Lemay.A, Boucher.M. Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. SocSci Med 1998; 47:165-79.

59. Billings.J, Parikh.N, Mijanovich.T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? Issue Brief (Commonw Fund) 2000; (433):1-5.

60. Dale.J, Green.J, Reid.F, Glucksman.E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. BMJ1995; 311:423-6.

61. Michelen.W, Martinez.J, Lee.A, Wheeler DP. Reducing frequent flyer emergency department visits. J Health Care Poor Underserved 2006; 17(1 Suppl):59-69.

62. Oktay.C, Cete.Y, Eray.O, Pekdemir.M, Gunerli.A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. Croat Med J 2003; 44:585-91.

63. Pereira.S, Oliveira-e-Silv. A, Quintas.M, Almeida.J, Marujo.C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. Ann Emerg Med 2001; 37:580-6.

64. Rodríguez.JP, Sánchez.ID, Rodríguez.RP. Urgencias clínicas.Comportamientos egúnsu gravedad. Rev Cuba Med Gen Integr 2001; 17:329-35.

65. Rubin.MA, Bonnin.MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. J Emerg Med 1995; 13:839-42.

66. Sarver.JH, Cydulka.RK, Baker.DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. AcadEmerg Med 2002; 9:916-23.

67. Stein.AT, Harzheim.E, Costa.M, Busnello.E, Rodrigues.LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. FamPract 2002; 19:207-10.

68. Chan.B, Schull. M. J. et Schultz. S.E, Emergency Department Services in Ontario, 1993-2000, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences. Internet<http://www.ices.on.ca/file/Emergency_department_services_in_Ontario.pdf>.

69. Schull. M. J, « Rising Utilization of US Emergency Departments: Maybe It Is Time to Stop Blaming the Patients », Annals of Emergency Medicine, vol. 45, no 1 (janvier 2005), p. 13-14.

70. Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs rendement financier des hôpitaux, Ottawa, du même auteur, 2005.

71. Bleichner G. Réduire les temps de passage aux urgences. Disponible sur http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf

72. Bailly.L, Moritz.F. , Brousse B. , Idrissi.I. ,Lebrun.E. Recours non justifiés aux urgences hospitalières : des usagers habitués aux services d'urgences ?. Rev Epidemiol Sante Publique, 2006, 54 : 2S70-2S72

73. Billemont.M, Kansao.J, Allo. J.-C, Meyniard.O, Vignaux. J.-F. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier Cochin—Port Royal. URGENCES 2008 — 2ème Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence

74. Bellou.A, Korwin.J-D, Bouget.J, Carpentier.F, Ledoray.V. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. La revue de médecine interne 24 (2003) 602-612

75. Carpentier.F, Guignier.M. Étude de 21122 admissions en Service d'Urgences. Réan Urg 1990;6:27-30.

76. Liu.T, Sayre.MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. AcadEmerg Med 1999; 6:1147-52.

77. Shah.NM, Shah.MA, Behbehani.J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. SocSci Med 1996; 42:1313-23.

78. Lee.A, Lau.FL, Hazlett.CB, Kam.CW, Wong.P, Wong.TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. SocSci Med 2000; 51:1075-85.

79. Coleman.P, Irons.R, Nicholl.J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg Med J 2001; 18:482-7.

80. Petersen.LA, Burstin.HR, O'Neil.AC, Orav.EJ, Brennan.TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. Med Care 1998; 36:1249- 55.

81. Bianco.A, Pileggi.C, Angelillo.IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. Public Health 2003; 117:250-5.

82. Lee.A, Lau.FL, Hazelett.CB, Kam.CW, Wong.P, Wong.TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. Hong Kong Med J 2001; 7:131-8.

83. Finn.JC, Flicker.L, Mackenzie.E, Jacobs.IG, Fatovich.DM, Drummond.S, et al. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. Med J Aust 2006; 184:432-5.

84. Rajpar.SF, Smith.MA, Cooke.MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. J AccidEmerg Med 2000; 17:18-21

85. Braun.F, Pateron.D, Giroud.M. Surcharge des Structures des Urgences et gestion des Hospitalisations. Samu-Urgences de France – 16 septembre 2013

86. Bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgence. Le guide regional: agence regional de la santé Lorraine, edition September 2013.

87. Carli.P. Propositions de recommandations de bonne pratique Facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences.conseil national de l'urgence hospitalière. Septembre 2013.

88. Khanna R, Chaudhry MA, Prescott M. Emergency department patients who leave the department without being seen by a doctor. Eur J Emerg Med 1999;6:233-5.

89. Société francaise de médecine d'urgence. Référentiel infirmière d'accueil et d'orientation. Avril 2004. Disponible sur http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf .

90. Commission de Médecine d'Urgence de la Société de Réanimation de Langue Française. Recommandations concernant l'évaluation de l'activité des services d'accueil des urgences (SAU). Réan Urg 1994; 3:299-306.

91. Durée d'attente aux urgences .Cahier des charges. Projet COMPAQH édition 2004.

92. Lau.FL, Leung.KP. Waiting time in an urban accident and emergency department--a way to improve it. J Accid Emerg Med 1997;14:299-301.

93. Cooke.MW, Wilson.S, Pearson.S. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. Emerg Med J 2002;19:28-30.

94. Circulaire no 1007 du 29 octobre 1973. Technique hospitalière 1993; 578:45-6.

95. Circulaire no DH.4B/D.G.S. 3 E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

96. Graff.L, Zun.LS, Leikin.J, Gibler.B, Weinstock.MS, Mathews J, et al. Emergency department observation beds improve patient care: Society for Academic Emergency Medicine debate. Ann Emerg Med 1992;21:967-75.

97. Roberts.R, Graff.LG. Economic issues in observation unit medicine. Emerg Med Clin North Am 2001;19:19-33.

98. Bazarian.JJ, Schneider.SM, Newman.VJ, Chodosh.J. Do admitted patients held in the emergency department impact the throughput of treat-and-release patients? Acad Emerg Med 1996;3:1113-8.

99. Plomion.O, Fraisse.F, Denance.AM, Guarinos.A. Étude prospective des indications des hospitalisations dans une UHTCD. Réan Urg 1995;4:229 (abstract).

100. Bouget.J, Carpentier.F, Commission d'évaluation de la SFUM. Unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Réan Urg 1997;6:119-58.

101. Blettery.B, Virot. C, Andre.F, Bedenne.E, Tavernier.C, Lacroix.S, et al. Une unité d'hospitalisation des urgences pour quoi faire ? Réan Urg1987;3:165-9.

102. Fine.MJ, Auble.TE, Yealy.DM, Hanusa.BH, Weissfeld.LA, Singer.DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonie. N Engl J Med 1997;336:243-50.

103. Tran.B & coll. Rev Epidemiol Santé Publique. 1995

104. Powell.ES, et al. J Emerg Med. 2012.